UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1952-1953 N° 227

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANALGÉSIE POTENTIALISÉE au cours de l'accouchement

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1953

par

Adrien ALLAIN

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Metz (Moselle) le 30 Septembre 1927

Examinateurs de la Thèse	MM. RIVIÈRE Professeur	Président
	L. MASSÉ, Professeur	Juges
	MAHON Agrégé	
	TINGAUD Agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE R. LAPLANTE

35-37, Rue Borda

1953

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1952-1953 N° 227

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANALGESIE POTENTIALISÉE au cours de l'accouchement

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1953

par

Adrien ALLAIN

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Metz (Moselle) le 30 Septembre 1927

Examinateurs de la Thèse	MM. RIVIÈRE Professeur	Président
	L. MASSÉ, Professeur	Juges
	MAHON Agrégé	
	TINGAUD Agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE R. LAPLANTE

35-37, Rue Borda

1953

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyens Honoraires : M. DUPERIE, M. CHELLE.
Doyen : M. PORTMANN. — Assesseur : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER,
LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBOEUF, CRUCHET.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	CREYX.
id.	BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
id.	MASSE.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathol. et micros. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clin. de la tuberculose.	PIECHAUD.
Médecine légale et méd. du travail.	DERVILLEE.
Electroradiol. et clin. d'élec. médic.	REBOUL.
Chimie	MESNARD.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des malad. des enfants.	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

	MM.
Path. médic. et expérimentale	SARIC.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. inf. et orthop.	POUYANNE.
Clinique des maladies infectieuses.	AUBERTIN.
Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (Maladies mentales), M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.
Anatomie Pathologique	LEGER.
Anatomie	RIGAUD.

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
Pharmacie (3e Section)	QUILICHINI.
id.	CAZAUX.
Biochimie médicale	NEUZIL.
Pathologie expérimentale	FAURE.

AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Médecine générale	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC.
id.	BERGOUIGNAN.
id.	LENG-LEVY.
id.	LAVIGNOLLE.
id.	MORETTI.
Chirurgie générale	LAUMONIER.
id.	CHAVANNAZ.
id.	VILLAR.
id	TINGAUD.
id	DEPAULIS

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE.
id	FAUGERE.
Ophtalmologie	BESSIERE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et méd. du travail.	L'EPEE.
Electro-radiologie	LACHAPELE
Odonto-stomatologie	BENOIT.
Urologie	LANGE.

AGRÉGÉ LIBRE :

M. MAHON (Obstétrique).

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	CHASTRUSSE.
Puériculture	VERGER
id.	PÉRY.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
id.	COUSTOU.
Anatomie	CABANIÉ.

	MM.
Cryptogamie	LAUBIE.
Obstétricie sociale	MAHON.
Organographie et physiol. végétale.	TEMPERE.
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE.
Chimie analytique	BABIN.
Pathologie chirurgicale	LAUMONNIER.
id.	VILLAR.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.

Le secrétaire principal de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA FEMME

A CEUX QUI NOUS ONT INSTRUIT

Dans les Facultés et dans la vie.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A Monsieur le Medecin-General DEBENEDETTI

Mon Général,

L'exemple de votre belle carrière et l'idéal qui l'anima, puis vos fonctions de commandement toujours exercées sur nous avec tant de bienveillance, demeureront l'image du chef que l'on aime et que l'on veut imiter.

A NOTRE MAITRE

Le Médecin Lieutenant-Colonel FAURE

En témoignage d'admiration.

A NOS JUGES :

Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TINGAUD

Professeur agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAHON

Médecin Accoucheur des Hôpitaux,
Officier d'Académie,

MON CHER MAITRE,

Votre grande bienveillance m'a ouvert les portes de votre service. Votre enseignement précieux m'a passionné. Aussi, ai-je pu, non seulement réaliser ce travail, mais encore acquérir une intéressante expérience obstétricale.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSÉ

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Directeur du Centre régional de transfusion sanguine,
Associé national de l'Académie de Chirurgie,
Membre du Comité français de l'Association internationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Chevalier de l'Ordre de la Santé,
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIVIÈRE

Professeur de Clinique d'accouchement,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Commandeur de l'Ordre de la Santé publique.

Pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

En octobre 1952, au cours des Journées Médicales de Bordeaux, M. le Professeur agrégé Mahon faisait une conférence sur « L'Analgésie au cours de l'Accouchement » (12).

A l'issue de cet exposé, que les nécessités de l'organisation avaient malheureusement limité dans le temps, je posais une question : « Quel était l'intérêt des ganglioplégiques potentialisateurs dans l'analgésie obstétricale ? ».

En effet, depuis un certain temps, surtout dans les milieux médico-militaires, l'attention était attirée sur ce vaste ensemble de corps, les uns déjà anciens et d'usage courant, les autres tout derniers-nés de grands laboratoires, mais qui, tous, semblaient appeler un grand renouveau dans les conceptions thérapeutiques.

Dans sa réponse, le conférencier développa que « quel que soit l'intérêt de ces recherches, nous ne saurions assez souligner qu'elles n'ont pas dépassé le stade expérimental et qu'on ne connaît pas encore assez les conséquences sur le fœtus et sur la marche du travail pour que le médecin praticien, dans les conditions limitées où il se trouve, se croit autorisé à les reprendre ». Mais il se plût à imaginer le grand avenir qu'avaient peut-être de telles recherches...

Quelques jours plus tard, je revis M. le Professeur agrégé Mahon, qui m'encouragea vivement dans l'étude de l'analgésie obstétricale potentialisée.

Ce modeste travail que j'entrepris dans son service et sous sa direction, est maintenant une contribution à la réponse que j'avais moi-même demandée.

LE BUT DE NOTRE TRAVAIL

Lors de nos premiers contacts avec les salles de travail dans les maternités, nous avons ressenti une gêne marquée devant les souffrances des femmes en gésine.

Les parturientes, qui se plaignent, crient, appellent, se débattent, et supplient qu'on les soulage enfin, offrent un spectacle plus ou moins lamentable, justifiant bien les efforts que nous voyons faire actuellement pour l'analgésie obstétricale.

Très vite, il nous a paru évident que l'obstétricien ne pouvait pas plus refuser à la femme qui donne la vie, que le médecin ou le chirurgien à l'être qui défend la sienne.

Mais le problème de l'analgésie est, en obstétrique, beaucoup plus délicat, et pose des conditions inconnues ailleurs. Revoyons donc, d'après la conférence de M. le Professeur agrégé Mahon (12), les conditions que nous devons avoir en vue concernant l'analgésie au cours de l'accouchement.

1° **Inocuité pour la mère,** et particulièrement sauvegarde des organes nobles (bulbe, cœur, foie, rein, poumon).

2° **Inocuité pour l'enfant,** principalement menacé d'anoxie par imprégnation des centres ou prolongation du travail.

3° **Intégrité du sentiment maternel :** semble peu en cause dans l'espèce humaine. Le premier contact de la mère et de l'enfant est parfois même plus sentimental après césarienne qu'après un accouchement très pénible.

4° **Absence de perturbation du travail.**

5° **Simplicité technique.**

Ces cinq conditions sont restées la règle d'or de notre action analgésique. En face d'elles, prête à les affronter pour les satisfaire, et non à les contourner ou à les ignorer, nous proposons l'association ocytocique-analgésie obstétricale potentialisée.

*
* *

Notre idée première était tournée vers l'analgésie. Aussi faut-il que nous expliquions la raison d'être de cet ensemble plus vaste que nous proposons, de l'association ocytocique-analgésique.

Disons nettement qu'au départ, nous avons considéré l'association comme indispensable, car nous pensions « a priori » que l'analgésie nécessite de renforcer les contractions. De plus, nos premières observations semblèrent confirmer ce point de vue, et s'opposer à une publication sur le même sujet parue dans « Gynécologie et Obstétrique » (10), dans laquelle on ne relève, très approximativement, qu'un tiers d'adjonction de post-hypophyse sur 175 cas.

Par la suite, et bien que notre expérience reste limitée, les 30 observations dont nous parlerons nous ont permis non seulement de rejoindre les auteurs parisiens, mais encore de penser qu'il doit être théoriquement possible de se passer d'hypophyse dans la plupart des cas.

Mais, en fait, pourquoi nous priverions-nous de ce moyen médicamenteux ? Il nous semble absolument sans danger, car d'administration intra-veineuse extrêmement nuancée. Il apporte à l'accouchement un élément de facilité non négligeable dans l'obtention du mieux-être de la femme. A ce sujet, nous rappellerons ces mots de Voron et Pigeaud : « Les moyens thérapeutiques qui permettent de diriger l'accouchement ont pour but de raccourcir la durée du travail et de rendre celui-ci moins pénible pour les parturientes. »

Aussi arrivons-nous donc à la conception d'un accouchement dirigé médicamenteux.

Mais, et ceci ne nous semble pas incompatible, nous tenons à souligner tout l'intérêt partiellement extériorisé par nos hystérographies, que nous portons à « la progressivité qui, ainsi que l'écrit M. le Professeur Rivière, caractérise l'accouchement normal ». Progressivité qui est « sous la dépendance de deux facteurs (contractions utérines, tonicité des parties molles), dont il nous est impossible de dire à l'avance ce qu'ils seront ».

S'il est simpliste d'espérer résoudre tous les problèmes de la marche du travail de l'accouchement par la combinaison d'un accélérateur (ocytocique) et d'un frein (analgésique), nous considérons cependant qu'il est raisonnable « au moment où l'inconnu plane encore sur l'accouchement » (Kreis), de solliciter dans le sens physiologique les deux facteurs en cause, c'est-à-dire, pour reprendre le mot de l'Ecole lyonnaise, de « diriger l'accouchement ».

*
* *

Ce modeste travail est de nature essentiellement clinique. Il donne des observations, des comptes rendus, des faits. Il présente une trentaine d'accouchements dirigés avec analgésie. Chaque cas nous a suggéré quelques réflexions terminales dont l'ensemble forme une expérience, que nous croyons utile de publier. Juge et partie, nous avons été amené à noter notre action en tenant compte de l'accouchement dirigé d'une part, de l'analgésie proprement dite d'autre part; nous croyons avoir été sans indulgence dans nos appréciations.

LES MOYENS EMPLOYÉS
LA MÉTHODE D'ÉTUDE

Nous allons présenter rapidement les **drogues** employées dans l'association ocytocique-analgésie potentialisée, puis le **dispositif,** enfin **l'enregistrement graphique.**

LE DOLOSAL

Découvert en Allemagne par Eisleb et Schaumann (1939), c'est un chlorydrate de l'ester éthylique de l'acide 1-méthyl-4-phényl-pipéridine-4-carbonique. Il est présenté en ampoules de 2 cm^3, dosées à 0 gr. 10. On lui reconnut d'abord les propriétés de l'atropine et de la morphine. Sous le nom de péthidine, actuellement adopté par la Commission du Codex, le produit a suscité d'importantes recherches anglo-saxonnes, puis toulousaines.

J. Barnes a publié une longue étude très documentée sur la « Péthidine au cours du travail » (1), après un emploi dans plus de 500 cas obstétricaux poursuivi pendant quatre ans.

L'auteur anglais a employé des doses intra-musculaires allant de 100 mg. dans 70 % des cas, à 200 mg. dans 25 %, quelques cas avec 300-400 ou 500 mg. Il combine aussi souvent du chloral ou un anesthésique volatil à la période terminale.

Le temps d'accouchement est souvent augmenté. Les terminaisons artificielles présentent un pourcentage du même ordre de grandeur ou légèrement plus élevé de 1,5 %. « La péthidine a pu expliquer dans quelques cas une légère asphyxie ou une lenteur à respirer. Les circonstances ne sont jamais assez sévè-

res pour causer de l'anxiété, et le retour à la normale fut toujours rapide. » Bornes, dans 55 % des cas, obtient une bonne analgésie; dans 87 %, « une sensation de tranquillité et de relâchement ». Pas, ou peu d'amnésie à moins d'emploi combiné avec la scopolamine.

A Toulouse, les auteurs ont plus spécialement insisté sur l'action antispasmodique très voisine de celle de la spasmalgine (Rastit). MM. Pontonnier, Ferrier et Baux ont même proposé une association anesthésique-ocytocique dans laquelle le dolosal intra-musculaire forme injection préparante à l'injection de dix unités de post-hypophyse en une fois; les auteurs pratiquent en même temps l'infiltration bilatérale du sympathique lombaire (14). Une vingtaine d'accouchements ont ainsi été menés très rapidement. Mais « c'est un procédé de spécialiste ».

*
* *

LE LARGACTIL (4560 R.P.) [1]

C'est le chlorhydrate de chloro-3(diméthylamino-propyl)-10-phénothiazine. Il est présenté en ampoules de 2 cm³ dosées à 0 g. 05.

Dernier né des amines dérivées de la phénothiazine, parmi lesquelles s'étaient rangés le phénergan, le diparcol, le parsidol, le multergan, doué de propriétés fortes et nombreuses, sujet de communications abordant tous les domaines, le largactil est un médicament remarquable, encore qu'assez « mystérieux » dans son mode d'action.

C'est un ganglioplégique ou, mieux, un « neuroplégique », à la fois vagolytique et sympatholytique. Nous n'entrerons pas dans le détail de sa pharmacologie complexe. Ses propriétés se résument simplement dans l'association :

---

(1) Nous tenons à remercier la Société Parisienne d'Expansion Chimique qui a mis gracieusement à notre disposition les produits nécessaires.

— analgésie-somnolence ;
— hypothermie ;
— potentialisation des drogues associées.

Base de l'anesthésie moderne et de l'hibernation artificielle (4) (9), son emploi obstétrical est déjà largement assuré dans le chapitre pathologie. Spécialement dans « l'éclampsie qui nécessite une mise en vacances thérapeutique des systèmes de défense neuro-endocriniens » (Laborit) ; également, dans les hémorragies de la délivrance ou des ruptures utérines ; car la combinaison avec l'amide procaïnique amène une hypotension et une paralysie vasculaire telles qu'en surélevant le petit bassin, le sang se réfugie mécaniquement dans les régions plus basses (8).

En ce qui concerne l'analgésie obstétricale, très peu de communications ont eu lieu mettant en cause le largactil. MM. Lacomme, Laborit, Lelorier et Pommier nous ont apporté la caution de leur expérience déjà vaste, portant sur 175 cas d'analgésie potentialisée (10).

Les auteurs parisiens ont utilisé une perfusion intra-veineuse avec 100 mg. de dolosal et 50 mg. de largactil. Le débit, d'abord rapide, amène la somnolence, puis est maintenu à 30 ou 50 gouttes par minute, pendant 4 heures ou plus.

La marche du travail est difficile à juger en raison du choix des parturientes, dont le travail avait souvent traîné en longueur, ce qui motiva l'emploi d'ocytocique. « Globalement, nous croyons approcher de la vérité en disant que le travail est accéléré dans 1/3 des cas, ralenti dans 1/3 et ne subit pas de changements dans le troisième 1/3. C'est peut-être dire que l'influence de l'analgésie sur la marche du travail est nulle. » En ce qui concerne l'enfant, Lacomme et ses collaborateurs estiment qu'on ne peut « conclure à une action nocive, mais tout au plus à un peu de somnolence dans un nombre limité de cas ».

L'analgésie est très appréciable dans 3/4 des cas ; elle est excellente dans près de la moitié. Echec dans l'autre quart.

L'HYPOPHYSE

Ocytocique puissant, l'extrait posthypophysaire est maintenant employé de façon beaucoup plus physiologique que précédemment, grâce à la perfusion intraveineuse qui permet un apport très faible et sans à-coup. La technique nous a paru bien réglementée et extrêmement satisfaisante, compte tenu de quelques particularités : « L'observation clinique et l'étude des tracés d'enregistrement à l'utéro-tensiomètre montrent que, dans la moitié des cas, l'installation de la perfusion est suivie d'une hypertonie évidente, immédiate, modérée, avec suppression des ondes de contraction.

» Cette hypertonie, qui dure en moyenne de 5 à 10 minutes, et qu'il faut bien reconnaître, cesse spontanément. Elle paraît relativement indépendante du débit initial, toujours volontairement bas, et correspond beaucoup plus à la sensibilité propre de l'utérus.

» Dans les autres cas, le tonus est inchangé ou même abaissé, et le démarrage des contractions est immédiat. »

« ... Tout se passe souvent comme si le muscle utérin devenait de plus en plus résistant à l'action de l'hypophyse intraveineux », d'où nécessité de doses croissantes.

DISPOSITIF

Nous utilisons le plus généralement 2 ampoules de sérum glucosé isotonique. Nous mettons dans l'une le mélange analgésique constitué d'une ou deux ampoules de dolosal et d'une ampoule de largactil ; dans l'autre, nous ajoutons l'ocytocique : 10 unités d'hypophyse le plus souvent, parfois moins. Les ampoules sont réunies à un tube de perfusion par l'intermédiaire d'un raccord en Y. En amont de ce dernier, pince de Mohre et stiligoutte permettent de contrôler séparément chaque débit. La perfusion est faite au niveau des veines céphaliques ou basiliques du coude, au moyen d'une aiguille intraveineuse simple. Il est commode d'utiliser un pied à sérum et un appui-bras.

L'ENREGISTREMENT GRAPHIQUE

Le déroulement du travail utérin a été facilement contrôlable par l'hystérographie externe. Celle-ci, en utilisant la méthode des tambours de Marey, comme dans le cardiographe, recueille la contraction utérine par contact avec un seul point de la paroi sus-jacente à l'utérus.

La capsule exploratrice, fermée par une membrane de caoutchouc portant un bouton saillant, explorateur, est fixée sur l'abdomen par une ceinture élastique.

L'inscription se fait sur un rouleau noirci, animé d'un mouvement circulaire autour d'un axe, par un moteur d'horlogerie. La vitesse de rotation est de 8 millimètres à la minute. Au total, quatre heures sans renouveler le rouleau (1).

Les courbes obtenues, toujours mises en train avant la perfusion, nous ont été très précieuses pour noter objectivement et minute par minute, l'action de l'association médicamenteuse. Nous pouvions alors « corriger » les déficiences utérines ou les hypertonies dès leur apparition, par la simple utilisation des pinces et stiligouttes. Nous voudrions insister sur l'aide précieuse que ce mode de contrôle apporte pour suivre un travail et « a fortiori » pour le diriger.

L'intérêt est surtout la signalisation immédiate d'un travail qui s'égare, secondairement la critique sur pièce de phénomènes toujours difficiles à apprécier après coup.

*
* *

(1) Cet appareil d'enregistrement des contractions utérines a été mis à la disposition du service du Professeur agrégé MAHON par la Faculté de Médecine, grâce aux crédits de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Bordeaux.

OBSERVATIONS

Nous présenterons :

LES PRIMIPARES (observations I à XIV) ;

LES MULTIPARES (observations XV à XXVIII) ;

DEUX CAS PARTICULIERS (observations XXIX et XXX).

N. B. — A la fin de chaque observation, nous avons donné deux annotations, l'une concernant l'analgésie, fondée sur l'aspect de la femme pendant l'accouchement et son opinion le jour suivant; l'autre concernant l'accouchement dirigé, fondée sur :

— la progression régulière du travail,
— le temps entre D.C. et expulsion,
— la souplesse du périnée à l'expulsion.
— le cri de l'enfant,
— la délivrance.

OBSERVATION 1.

Mme C..., 22 ans, grossesse 8 mois 2/3. O.I.D.P.

Accouchement.

18 heures : pas de dilatation, col perméable.

18 h. 30 : début de l'enregistrement.

18 h. 45 : début de la perfusion avec :

Sérum gl. : 500 cc.
Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. à 50 gttes/mn.
Hypophyse : 10 U.

Le col est alors entre 1 fr. et 2 fr., la parturiente ne souffre pas; elle a des contractions très espacées.

20 heures : col à 5 fr.; la parturiente semble dormir.

20 h. 30 : col à G.P. : contractions d'amplitude plus grande, accompagnées de douleurs paraissant assez fortes.

21 heures : les douleurs étant fortes et la dilatation étant à peu près complète, on ajoute à ce qui reste de la perfusion (100 cc. environ) une autre ampoule de dolosal avec un débit de 100 gttes/mn. Les douleurs diminuent sensiblement, la parturiente est dans une certaine obnubilation, mais pousse à la demande.

21 h. 15 : naissance d'une fille qui crie aussitôt, tandis que la mère s'endort jusqu'à la délivrance.

Après la délivrance, la mère dort, pas d'hémorragie.

L'enfant reste éveillé un moment.

Conclusion.

Observation satisfaisante, mais on n'a eu recours qu'à un seul sérum dans lequel on a mélangé l'analgésique et l'ocytocique.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : T.B.

OBSERVATION II.

Mme P..., 18 ans, grossesse de 8 mois. O.I.G.A.

Accouchement.

20 heures : début du travail, par des douleurs très espacées.

23 h. 30 : début de l'enregistrement graphique. Les contractions sont très irrégulières et très intenses.

La femme est très agitée, elle se plaint beaucoup, surtout au moment des T.V.

24 heures : début de la perfusion avec :

Sérum glucosé : 250 cc.

Dolosal : 1 amp. à 100 gttes/mn.

4560 : 1 amp.

Col ouvert à 5 fr.

Bruits du cœur bons, à 130. T. : 36°6. P. : 108.

0 h. 15 : la somnolence est obtenue, l'analgésique est mis à 30 gttes/mn.

Les contractions sont régulières, de bonne amplitude, parfois encore sensibles et réveillant la parturiente sans la faire crier.

Bruits du cœur bons.

0 h. 35 : col ouvert à PP.

Les contractions sont plus courtes, moins intenses, moins fréquentes. On commence alors la perfusion avec :

Sérum gluc. : 250 cc.

Hypophyse : 10 U.

à 20 gttes/mn., dans la même aiguille que l'analgésique, grâce au dispositif en Y.

0 h. 50 : hypophyse à 50 gttes/mn.

Reprise des contractions satisfaisantes.

1 heure : G.P.

1 h. 10 : D.C. On ajoute à ce qui reste d'analgésique 1 amp. de flaxédil (30 à 40 cc. environ).

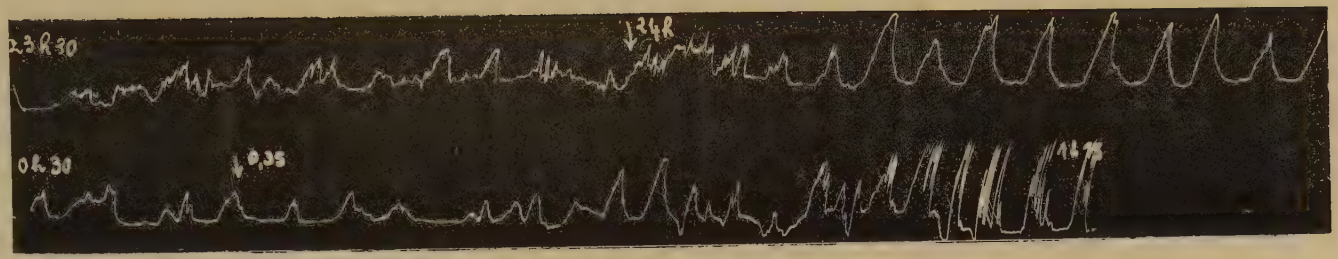
1 h. 15 : expulsion d'une fille de 3 kg. 270. La mère ne crie pas, ne semble pas souffrir, mais pousse à la demande. T. : 35°6.

L'enfant crie aussitôt : T. : 36°5.

On arrête les deux perfusions (aiguille bouchée).

1 h. 35 : délivrance naturelle, suivie d'une légère hémorragie de la délivrance.

Injection sous-cutanée de 10 U. d'hypophyse + ergotine.



Observation H. — *Primipare.*

23 h. 30 à 24 heures : Enregistrement simple.

24 heures : Début de la perfusion d'analgésique.

0 h. 35 : Début de la perfusion d'hypophyse.

Conclusion.

Femme pusillanime, a crié lorsqu'on a dû la sonder (vers 21 heures), s'est plaint des T.V., etc. A accouché sans un cri. Mais a ensuite déclaré qu'elle « avait tout senti ». On peut tout de même considérer que le résultat est excellent. On a employé la quasi-totalité d'analgésique et la moitié d'hypophyse (5 U.).

Analgésie : B. - Acc. dirigé : T.B.

OBSERVATION III.

Mme L..., 25 ans, à terme. O.I.D.P.

Antécédents tuberculeux, pneumo-thorax depuis 3 ans, entretenu pendant la grossesse.

Accouchement.

1 heure : col ouvert comme 2 fr., peu de progression du travail.

2 heures : rupture artificielle des membranes, liquide teinté de méconium.

Même état du col.

Début de l'enregistrement graphique.

2 h. 15 : col ouvert comme 5 fr.

T. : 36°8. P. : 90.

Début de la perfusion avec :

Sérum gl. : 250 cc.

Dolosal : 1 amp. à 120 gttes/mn.

4560 : 1 amp.

2 h. 30 : début de la somnolence. On passe à 30 gttes/mn. Les contractions tendent à s'espacer.

2 h. 35 : on commence la perfusion avec :

Sérum gl. : 250 cc. à 30 gttes/mn (dispos. en Y).

Hypophyse : 10 U.

2 h. 45 : les contractions semblent s'espacer encore et le tonus utérin diminuer.

Hypophyse à 40 gttes/mn.

3 heures : les contractions ont repris, elles sont intenses et sensibles.

La femme s'agite un peu.

D.C. On ajoute à ce qui reste d'analgésique (30 à 40 cc.), une ampoule de flaxédil.

3 h. 10 : expulsion d'une fille de 2 kg. 360. Expression abdominale.

Cordon serré en écharpe.

La femme pousse quelques cris. Pendant l'expulsion, on a dû arrêter l'analgésique, les 250 cc. étant épuisés.

Arrêt de la perfusion (aiguille bouchée).

L'enfant crie aussitôt. T. : 36°5. T. de la mère : 36°.

3 h. 30 : délivrance naturelle. Injection préventive sous-cutanée d'hypophyse-ergotine.

Conclusion.

Le sommeil a été difficile à obtenir. La femme a manifesté quelques douleurs bien que paraissant docile et de tempérament calme.

La femme a déclaré avoir souffert, mais convint qu'elle n'avait pas de point de comparaison pour juger du soulagement que l'analgésique lui apporta.

Il aurait sans doute fallu employer un peu plus d'analgésique.

On a employé la moitié de l'hypophyse (5 U.).

Analgésie : A.B. - Acc. dirigé : B.

Observation IV.

M^me^ B..., 27 ans, grossesse 8 mois 2/3. O.I.G.T.

Accouchement.

22 h. 15 : début de l'enregistrement.

Col ouvert à 1 fr.

T. : 36°5.

Bruits du cœur bons à 140.

22 h. 35 : début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.

4560 : 1 amp. à 120 gttes/mn.

Sérum gl. : 500 cc.

22 h. 55 : début de la somnolence, mais chaque contraction est sensible et réveille la femme.

Début de la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U. à 12 gttes/mn. (Dispositif en Y).

Sérum gl. : 250 cc.

On continue l'analgésique à 60 gttes/mn.

23 h. 45 : l'analgésique est épuisé sans amélioration notable de la somnolence.

Col à 5 fr., peu effacé.

On continue l'hypophyse à 30 gttes/mn.

24 h. 30 : les contractions sont irrégulières, moins intenses, mais davantage à type de contracture.

Le col est toujours à 5 fr. et épais.

Par précaution et pour soulager la femme gênée par l'aiguille de perfusion, on arrête la perfusion d'hypophyse.

2 h. 45 : G.P.

On reprend l'hypophyse qui reste à 60 gttes/mn.

Plus d'analgésie, pas de somnolence.

3 h. 15 : accouchement d'une fille de 3 kg. 020 qui crie après aspiration de mucosités.

Petite déchirure du périnée réparée par un point.

T. mère et enfant : 36°3.

3 h. 25 : délivrance naturelle.

L'hypophyse en perfusion étant épuisée, injection préventive sous-cutanée de 10 U.

Conclusion.

La somnolence n'a pas été obtenue pendant la perfusion, mais seulement une très légère somnolence. Deux ampoules de dolosal ont été nécessaires.

Effacement et dilatation difficiles. On a redouté un spasme du col après arrêt du dolosal, ce qui motiva l'arrêt d'hypophyse.

Par ailleurs, la difficulté technique a été grande par suite d'une fragilité vasculaire anormale et de la tendance du sujet à faire des hématomes.

L'accouchement aurait dû être dirigé plus énergiquement et l'analgésie aurait dû être plus poussée.

Analgésie : Méd. - Acc. dirigé : Méd.

OBSERVATION V.

Mme L..., 24 ans, grossesse de 8 mois 1/2. O.I.D.P.

Accouchement.

4 h. 30 : col en voie d'effacement. 1 cc. de spasmalgine pour assouplir le col.

6 h. 20 : 3 cc. de spasmalgine en 1 heure pour hypertonie.

11 h. 35 : début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.

4560 : 1 amp. à 120 gttes/mn.

Sérum gl. : 500 cc.

Début de l'enregistrement; les contractions sont fortes, sensibles, la femme crie et réagit.

Col à P.P.

T. : 36°6.

Bruits du cœur bons à 120.

11 h. 45 : léger début de la somnolence, l'expulsion ne saurait tarder, on ajoute une deuxième amp. de dolosal pour hâter l'analgésie complète. On commence la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U.

Sérum gluc. : 250 cc. à 40 gttes/mn. (dispositif en Y).

11 h. 50 : dilatation complète.

Très bonne analgésie, la femme est calme et silencieuse, mais ne dort pas.

12 heures : expulsion d'une fille de 3 kg. 200 qui crie aussitôt. T. : 36°.

La femme ne crie pas, mais pousse à la demande.

T. de la mère : 36°1. Hypophyse à 12 gttes/min.

12 h. 15 : délivrance naturelle.

On continue l'hypophyse pendant un quart d'heure à 40 gttes/mn. pour éviter les hémorragies.

Conclusion.

Excellente analgésie de l'expulsion, réalisée avec un tiers du mélange analgésique, soit deux tiers d'ampoule de dolosal, perfusés en 25 mn.

Il ne semble pas qu'il y ait eu effet hypnotique, mais plutôt analgésie simple. La femme n'a pas dormi mais a déclaré avoir été totalement soulagée. Par ailleurs, on a employé environ deux cinquièmes d'hypophyse, soit 4 U.

Analgésie : T.B.

Observation VI.

Mme G..., 27 ans, grossesse 8 mois 3/4. O.I.D.P.

Accouchement.

22 h. 50 : début de l'enregistrement. Après rupture de la poche des eaux (vers 22 heures), le travail s'est accéléré et est devenu très douloureux.

Col ouvert comme P.P.

T. : 36°5.

Bruits du cœur bons à 130.

23 h. 10 : début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. à 100 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

23 h. 30 : il n'y a pratiquement pas d'effet de somnolence ni d'analgésie.

On ajoute à l'analgésique une deuxième amp. de dolosal.

23 h. 40 : début de la somnolence. Les contractions utérines deviennent moins fortes et s'espacent.

On commence la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U. à 12 gttes/mn. (Dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

23 h. 50 : les contractions utérines semblent indolores; la femme dort.

Col à G.P.

Bruits du cœur bons.

24 heures : l'analgésique s'écoule à 40 gttes/mn.

L'hypophyse s'écoule à 40 gttes/mn.

24 h. 10 : la dilatation est complète. On commence à faire pousser la femme.

La femme est calme et silencieuse, mais elle obéit bien.

La tête fœtale effectue péniblement sa rotation; elle descend nettement pendant les contractions, mais elle semble remonter entre ces dernières comme si elle était retenue.

Les bruits du cœur se ralentissent par intermittence.

24 h. 40 : arrêt de l'analgésie.

On aide la femme par l'expression.

1 h. 10 : accouchement d'une fille de 2 kg. 700 qui présente un cordon serré autour du cou. Ce cordon doit être coupé, car on ne peut le faire glisser.

L'enfant est étonné; on doit aspirer quelques mucosités et pratiquer quelques mouvements de respiration artificielle. L'enfant crie au bout de 5 mn. environ; il ne paraît pas alors endormi.

T. : 35°8.

T. de la mère : 35°5. Celle-ci reconnaît sa fille mais demeure somnolente.

1 h. 30 : délivrance naturelle.

On continue l'hypophyse jusqu'à épuisement (2 à 3 U.).

Conclusion.

Au point de vue analgésie, le résultat est excellent. L'agitation douloureuse, apparue après rupture de la poche des eaux, a fait place à une calme somnolence.

Les 8/10 de l'analgésique ont été employés.

Au point de vue accouchement dirigé, trois raisons expliquent la lenteur de la fin de cet accouchement :

— la position postérieure,

— le cordon autour du cou,

— des doses d'hypophyse faibles vers la fin, en rapport avec l'irrégularité des bruits du cœur.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : Moy.

OBSERVATION VII.

M^me^ L..., 24 ans, grossesse de 8 mois 2/3. O.I.G.A.

Accouchement.

11 heures : début de l'enregistrement.

11 h. 20 : grand 5 fr.; T.A. : 10/6. T. : 36°5.

La femme ne se plaint pas trop mais s'impatiente.

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.

4560 : 1 amp. à 100 gttes/mn.

Sérum gl. : 500 cc.

11 h. 30 : rupture de la poche des eaux au cours d'un toucher.

Début de l'hypophyse, tandis que s'établit la somnolence.

Hypophyse : 10 U. à 12 gttes/mn. (dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

11 h. 40 : T.A. : 12/7. P.P.

Les bruits du cœur deviennent sourds et lents puis se régularisent après quelques minutes.

On réduit l'anesthésique à 60 gttes.

12 heures : D.C.

Les deux gouttes à gouttes sont mis à un débit de 100 gttes/mn.

On fait une injection sous-cutanée de flaxédil.

On fait pousser la femme.

12 h. 10 : accouchement d'un garçon de 3 kg. 090, présentant un circulaire serré.

T. : 35°5.

L'enfant crie après 3 à 4 mn. (soins classiques : excitations périphériques, frictions à l'alcool).

T. de la mère : 35°8.

Le périnée a présenté une petite déchirure.

L'hypophyse est réduit à 12 gttes/mn.

12 h. 20 : délivrance naturelle. La déchirure est réparée par un point, la femme gémit faiblement.

On arrête l'anesthésique. L'hypophyse continue à 100 gttes/mn. jusqu'à épuisement.

Conclusion.

Très bonne somnolence analgésique obtenue avec les trois quarts d'une amp. de dolosal.

La femme fait part de sa satisfaction et témoigne d'une amnésie très nette.

Au point de vue accouchement dirigé, le circulaire serré semble expliquer les bruits ralentis passagèrement et l'état étonné de l'enfant.

La déchirure du périnée est peu importante, réparée par un point.

Analgésie : T.B. - Acc. dirigé : A.B.

Observation VIII.

Mme M..., 19 ans, à terme. O.I.G.A.

Accouchement.

18 h. 45 : début enregistrement. Contractions subintrantes très douloureuses.

19 h. 10 : col ouvert comme 2 fr., mal effacé, peu souple.

T.A. : 13/8. P. : 80. T. : 36°.

La femme se plaint et s'agite passablement. Elle vomit un peu de bile.

Bruits du cœur à 140.

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 2 amp.
4560 : 1 amp. à 120 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

19 h. 15 : début de la somnolence.

On abaisse l'anesthésique à 40 gttes/mn.

Les contractions se régularisent et s'espacent; elles se stabilisent à 1 toutes les 2 minutes environ.

19 h. 20 : sommeil très calme, non interrompu pendant les contractions.

On abaisse l'anesthésique à 20 gttes/mn.

Début de la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U. à 8 gttes/mn (dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

On ne voit pas d'hypertonie utérine.

19 h. 45 : la femme s'agite un peu lors des contractions; anesthésique à 40 gttes. Le sommeil calme se rétablit.

20 h. : les contractions semblent s'espacer. Le col s'efface légèrement, grand 2 fr.

L'hypophyse passe à 40 gttes/mn.

21 h. 10 : 5 fr.

21 h. 30 : il semble possible de faire passer les liquides de perfusion à 20 gttes/mn. chacun.

22 h. 10 : P.P.

23 h. 10 : G.P. Le sommeil étant toujours complet, on arrête l'analgésique, car les contractions diminuent d'intensité.

Hypophyse à 40 gttes/mn.

T.A. : 14/9

23 h. 45 : les 10 U. d'hypophyse sont épuisés; on continue avec :

Hypophyse : 5 U. même rythme 40 gttes/mn.

Sérum gluc. : 250 cc.

24 h. 10 : la dilatation est stationnaire.

1 heure ; D.C. La femme commence à pousser à la demande. L'aiguille sort de la veine, il reste environ la moitié de l'hypophyse et le huitième de l'analgésique.

Malgré le sommeil précédent, la femme pousse de façon très satisfaisante, toutes les 4 à 5 minutes environ. On l'aide avec de l'expression abdominale.

2 h. 15 : expulsion d'un garçon de 3 kg. 480 après une épisiotomie préventive que la femme ne paraît pas sentir. La tête est particulièrement volumineuse.

Cri franc après quelques instants; couleur rose.

3 h. 15 : inertie utérine; on fait une délivrance artificielle. Quand les trois quarts de placenta sont décollés, hémorragie abondante. Massage utérin et 10 U. d'hypophyse + ergotine.

Bonne rétraction.

Conclusion.

Très bonne somnolence de 6 heures obtenue avec un peu moins de 2 amp. de dolosal, chez une primipare agitée au début.

La femme est assez satisfaite; indolence de la période de dilatation. Mais période d'expulsion douloureuse.

Au point de vue accouchement dirigé, peu de modifications dans la durée, par rapport à un accouchement naturel; ce caractère rapproche cette observation de celles publiées à Paris. Mais remarquons qu'il nous a fallu 12 unités d'hypophyse environ pour maintenir le travail utérin.

Il aurait peut-être été préférable de faire une injection intramusculaire de flaxédil pour éviter l'épisiotomie.

L'enfant se présente dans un état très satisfaisant.

L'épisiotomie est réparée par 3 points.

L'inertie utérine est due, très probablement, à l'interruption prématurée de la perfusion d'ocytocique surtout après la dose importante nécessitée par l'accouchement.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : Moy.

Observation IX.

Mme F..., 21 ans, grossesse de 8 mois 1/2. O.I.G.A.

Accouchement.

21 heures : début enregistrement.

22 h. 15 : col ouvert comme 2 fr. en voie d'effacement.

T.A. : 11,5/7,5. T. : 36°. B.C. : bons à 120.

La femme se plaint, s'agite, hurle au moment des contractions et réclame la présence de quelqu'un à côté d'elle en permanence. Elle demande à « être endormie ».

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 2 amp.

4560 : 1 amp. à 120 gttes/mn.

Sérum gl. : 500 cc.

22 h. 25 : début de la somnolence. La femme nous remercie du soulagement qu'elle ressent.

L'analgésique est abaissé à 60 gttes/mn.

22 h. 45 : au cours d'un toucher, et pour des raisons d'accélération impérieuse nécessitée par l'état d'autres malades, on fait très aisément une dilatation manuelle du col qui passe en moins d'une minute de grand 2 fr. à G.P., au prix de souffrances nettement extériorisées. Pour éviter la reprise des douleurs fortes et calmer la femme, on reprend un débit élevé à 120 gttes/mn.

23 heures : D.C. On commence la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U. à 20 gttes/mn. (dispositif en Y).

Sérum glucosé : 500 cc.

On maintient l'analgésique au même débit, pensant que l'expulsion est proche. On commence à faire pousser la femme.

23 h. 15 : la tête progresse peu, sans raison décelable; les parties molles et le périnée sont résistants.

On réduit l'analgésique à 60 gttes/mn.

Hypo. à 40 gttes/mn., 1 flaxédil s/c.

23 h. 30 : expulsion silencieuse d'un garçon de 2 kg. 910.

L'enfant est flasque, il respire par intermittence; il faut pratiquer des frictions et une injection de lobeline pour que la respiration s'établisse normalement, après 5 minutes. Cri après 10 mn. T. : 36°4.

23 h. 50 : délivrance naturelle. T. de la mère : 35°4.

L'enfant et la mère sortent en bonne santé.

Conclusion.

Analgésie excellente de l'avis de la parturiente. En effet, quelques jours plus tard, celle-ci déclare « qu'elle n'a rien senti du tout ».

L'intérêt de l'observation réside dans le fait que, pour des raisons indépendantes de notre volonté, la dilatation manuelle a permis au fœtus d'être expulsé très rapidement, trop rapidement après le début de la perfusion analgésique, dont plus des trois quarts ont été nécessaires.

Remarquons que la dilatation artificielle a été extrêmement facile puisqu'il s'agit d'une primipare, aux tissus par ailleurs très toniques. Est-ce à dire que notre analgésie potentialisée permet la dilatation artificielle lorsque l'indication en est posée ? C'est possible. Distinguons deux cas :

— S'il y a souffrance fœtale, il vaut mieux s'abstenir, et avoir recours à d'autres méthodes.

— Mais s'il y a anomalie de la dilatation, il semble bien qu'en effet la méthode soit très valable.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : Mal.

Observation X.

Mme B..., 23 ans, à terme. O.I.G.A.

Accouchement.

10 h. 15 : début de l'enregistrement; le tracé n'est pas au point et présente des accidents de type respiratoire.

11 h. 15 : col ouvert comme 2 fr., en voie d'effacement, mais assez peu souple et épais.

T.A. : 12/8. P. : 90.

Bruits du cœur sourds mais réguliers à 130.

La femme se plaint et s'agite beaucoup; elle manifeste une grande appréhension.

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. à 120 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

11 h. 25 : l'agitation demeure assez vive; plaintes et cris au moment des examens. On ajoute une deuxième amp. de dolosal avec un débit de 100 gttes.

11 h. 35 : col assoupli entre 2 fr. et 5 fr., mais douleurs toujours très ressenties. On passe à 160 gttes/mn. Rupture spontanée de la poche des eaux.

11 h. 45 : début de la somnolence. 60 gttes/mn.

11 h. 50 : sommeil calme. Manifeste peu ou pas au moment des contractions.

On commence la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U. à 20 gttes/mn (dispositif en Y)

Sérum gl. : 500 cc.

12 h. : P.P. Agitation et éveil; analgésique à 100 gttes/mn.

Arrêt de l'hypophyse, car l'hypertonie se manifeste, la dose de 20 gttes étant trop forte pour débuter.

Les bruits du cœur restent bons à 130.

12 h. 15 : analgésique à 40 gttes/mn. Calme satisfaisant.

Hypophyse à 60 gttes/mn.

P. calme à 76.

12 h. 45 : G.P. On diminue de plus en plus l'analgésique : 20 gttes/mn.

Hypophyse : 60 gttes/mn.

13 h. : D.C. Arrêt du dolosal dont il reste environ le quart.

On commence à faire pousser la femme.

13 h. 10 : expulsion d'un garçon de 3 kg. 300 dont les voies respiratoires sont encombrées par une abondante quantité de liquide amniotique qu'il faut aspirer pendant un quart d'heure. L'hypophyse continue à 12 gttes.

13 h. 45 : délivrance naturelle. Hypophyse à 100 gttes/mn.

14 heures : fin de la perfusion d'hypophyse dont il reste environ un quart.

T.A. : 13/8,5. T. : 36°1.

Conclusion.

Analgésie satisfaisante avec 1 amp. 1/2 de dolosal chez une femme très défavorablement prévenue.

Accouchement dirigé : temps satisfaisant : 2 h. 15 de 2 fr. à l'expulsion.

Col bien assoupli au cours du travail.

Pas de déchirure.

L'état de l'enfant est difficile à apprécier au point de vue analgésie.

Remarquons que les bruits du cœur n'ont jamais été inquiétants, ni la fonction respiratoire paralysée.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : A.B.

Observation XI (*accouchement déclenché*).

Mme M..., 20 ans.

Il s'agit d'un hydramnios. Radio : fœtus unique, dos à droite, tête en bas, anencéphalie.

On décide de provoquer l'accouchement à 7 mois et demi.

Accouchement.

10 h. 30 : début de la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U. à 20 gttes/mn (dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

10 h. 50 : hypophyse à 50 gttes/mn. Col à 2 fr. mais peu souple.

1 spasmalgine.

Un vomissement.

11 h. 30 : col à 5 fr.; les contractions sont assez faibles et peu douloureuses.

Deuxième spasmalgine.

11 h. 55 : rupture artificielle de la poche des eaux; on recueille 4 litres de liquide; après quelques minutes d'inertie utérine, les contractions nettes et bien rythmées apparaissent.

12 h. 15 : les douleurs sont nettes; début de l'analgésie avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. à 100 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

Hypophyse à 80 gttes/mn.

12 h. 25 : P.P.

Troisième spasmalgine.

Début de la somnolence.

12 h. 45 : somnolence nettement établie; la femme dort calmement.

13 heures : G.P.

13 h. 10 : D.C. L'hypophyse passe à 120 gttes/mn. On fait pousser la femme.

13 h. 15 : arrêt de l'analgésique dont il reste la moitié.

13 h. 20 : expulsion d'une fille anencéphale de 1 kg. 700; le cœur bat, la respiration s'établit.

L'hypophyse est épuisé; on arrête donc la perfusion. L'utérus se rétracte. Pas d'hémorragie.

14 h. 5 : délivrance naturelle.

Pas d'hémorragie.

La somnolence continue jusque vers 18 heures.

Conclusion.

Analgésie satisfaisante avec 1/2 amp. de dolosal et 1/2 amp. de 4560.

Accouchement dirigé en moins de 3 heures.

Les spasmalgines faussent l'étude du dolosal en tant qu'antispasmodique.

La délivrance est retardée; il est difficile d'apprécier l'état de l'utérus à ce moment : inertie ? ou contracture ?

Quoi qu'il en soit, nous devons remarquer ce retard de la délivrance, lequel survient presque toujours lorsque la perfusion d'hypophyse est arrêtée au moment de l'expulsion.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : A.B.

OBSERVATION XII.

M^me^ P..., 33 ans, à terme. O.I.D.P.

Accouchement.

10 heures : le travail ne semble pas nettement déclenché.

On fait 20 cg. de spartéine.

11 h. 15 : début de l'enregistrement.

1 fr.

P. : 80. T.A. : 12/8. T. : 36°5. Bruits c. : 140.

11 h. 50 : 2 fr. Col peu souple.

Les contractions s'amplifient, la femme s'agite davantage.

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.

4560 : 1 amp. à 120 gttes/mn.

Sérum gl. : 500 cc.

12 h. 5 : début de la somnolence, mais les contractions sont encore très ressenties; 100 gttes/mn.

P. : 80. Bruits c. : 136.

12 h. 20 : 5 fr.

12 h. 30 : P. : 80. T.A. : 8/6 après passage de 2/5 de dolosal et 2/5 de 4560.

Analgésique à 60 gttes/mn.

13 h. 10 : analgésique à 80 gttes/mn. car les douleurs sont vivement ressenties.

13 h. 30 : analgésique à 40 gttes/mn.

14 h. 15 : P.P., so. souple. P. : 80. T.A. : 8/6.

Fin de l'analgésique; on met un sérum glucosé simple à 40 gttes/mn. pour garder la veine (emploi éventuel de l'hypophyse).

15 heures : fin de l'enregistrement. On enlève la ceinture.

15 h. 50 : G.P.

Les contractions s'espacent (toutes les 5 mn.).

On commence la perfusion avec :

Hypophyse : 5 U.

Sérum gl. : 250 cc. à 20 gttes/mn. (dispositif en Y).

16 h. 10 : hypophyse à 40 gttes/mn. La femme s'agite modérément lors des contractions.

16 h. 20 : D.C. Hypophyse 60 gttes/mn. 1 flaxédil s./c. On fait pousser la femme.

16 h. 45 : accouchement d'une fille de 3 kg. qui crie immédiatement.

T. : 36°.

Hypophyse : 10 gttes/mn.

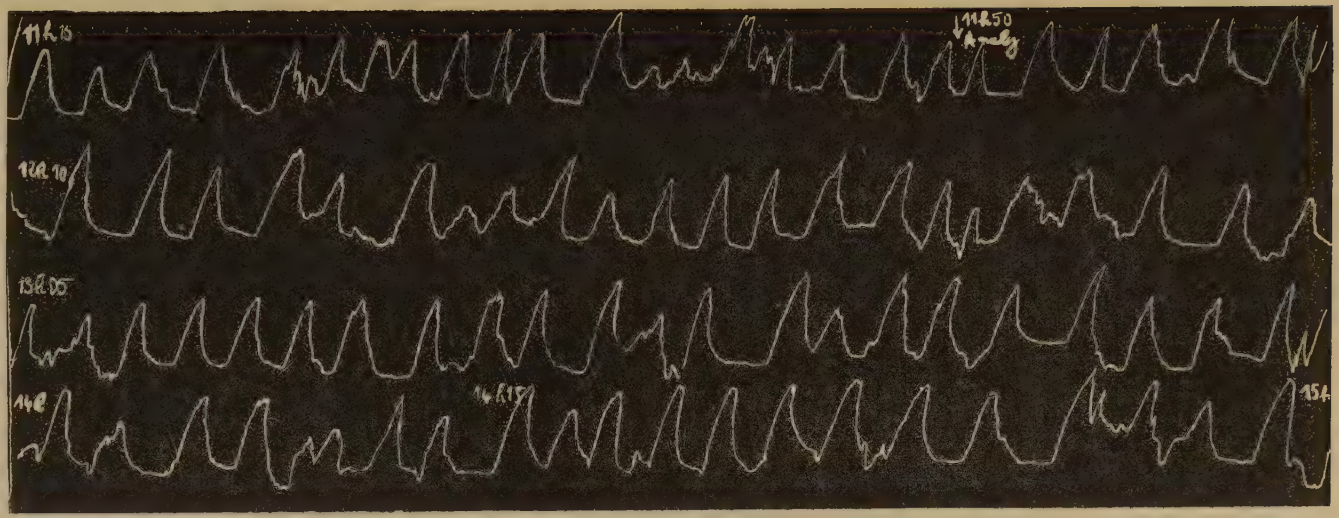
17 heures : délivrance naturelle. T. : 35°5.

Hypophyse : 60 gttes/mn.

17 h. 10 : fin de l'hypophyse.

Conclusion.

Accouchement bien suivi, intéressant par la dissociation qu'il a permise dans l'emploi de l'ocytocique et par les contrôles de T.A. pendant l'analgésique pur.



OBSERVATION XII.

Emploi d'analgésique seul chez une primipare.

— Au point de vue analgésique, bon résultat chez une femme très excitable avec 100 mg. de dolosal et 50 mg. de 4560.

Bonne somnolence entrecoupée de quelques manifestations.

— Au point de vue marche du travail : 7 heures chez une primipare : évolution normale avec courbe remarquablement régulière. L'analgésique n'a pas apporté d'arrêt des contractions du moins jusqu'à G.P., c'est-à-dire pendant 4 heures. De plus, il a permis d'assouplir le col comme aurait pu le faire la spasmalgine. Après l'arrêt du contrôle graphique, les contractions se sont espacées. Nous avons donc aidé la fin du travail par quelques unités d'hypophyse (3 à 4), considérant aussi qu'il s'agissait d'une position D.P.

— Au point de vue état général, remarquons l'action hypotensive de l'analgésique (12/8 à 8/6).

Analgésie : B. - Acc. dirigé : B.

Observation XIII.

M^me^ A..., 20 ans, grossesse de 8 mois et demi. O.I.G.A.

Accouchement.

21 heures : rupture des membranes.

22 heures : la femme est très agitée, se débat et hurle à chaque contraction.

5 fr.

P. : 80. T.A. : 12/8.

On commence une perfusion avec :

Dolosal : 2 amp.
4560 : 1 amp. à 120 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

22 h. 15 : un certain calme avec somnolence s'établit. La femme ne crie plus.

22 h. 25 : expulsion d'une fille de 2 kg. 500 qui crie aussitôt et franchement. Arrêt de l'analgésique dont un tiers, c'est-à-dire 66 mg. de dolosal a été perfusé.

22 h. 45 : délivrance naturelle.

P. : 80. T.A. : 10/7.

Conclusion.

Courte mais intéressante analgésie de l'expulsion qui démontre l'inocuité du dolosal potentialisé perfusé à grand débit et près de la naissance de l'enfant (prématuré).

Pas de modification sur la marche rapide du travail, ni sur la délivrance.

La femme a déclaré avoir été très soulagée.

Observation très comparable à celle n° 5.

Analgésie : T.B.

OBSERVATION XIV.

Mme H..., 25 ans, à terme. O.I.D.P.

Accouchement.

14 h. 45 : col à 1 fr., presque entier.

Les contractions sont douloureuses. Début de l'enregistrement.

T.A. : 13/8. P. : 60. Bruits du cœur à 136.

15 heures : rupture provoquée de la poche des eaux.

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.

4560 : 1 amp. 120 gttes/mn.

Sérum gl. : 500 cc.

15 h. 15 : début de la somnolence. Les contractions semblent s'espacer. Analgésique à 60 gttes/mn.

15 h. 30 : la femme dort et ne semble pas ressentir les contractions.

Analgésique à 40 gttes/mn.

16 heures : analgésique à 20 gttes/mn.

T.A. : 12/7. P. : 60. Bruits du cœur à 136.

17 h. 45 : col à 2 fr. effacé.

Début de la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U. à 12 gttes/mn. (dispositif en Y).

Sérum gl. : 500 cc.

18 heures : col à 5 fr.

Une certaine agitation se manifeste au moment des contractions.

Analgésique à 40 gttes/mn.

18 h. 45 : col à P.P.

Les contractions sont régulières, rapprochées mais nettement séparées, un peu sensibles.

Fin de l'enregistrement.

19 heures : col à G.P.

19 h. 10 : col à D.C.

Arrêt de l'analgésique. Hypophyse à 60 gttes/mn.

La femme pousse sans difficulté et s'agite.

19 h. 20 : expulsion d'une fille de 2 kg. 620 qui crie aussitôt. Hypophyse à 12 gttes/mn.

19 h. 25 : délivrance spontanée. L'utérus forme une petite masse derrière la symphyse. L'hypophyse passe à 100 gttes/mn. pendant quelques instants.

Conclusion.

Au point de vue analgésie, bons résultats. Somnolence marquée pendant la dilatation, plus légère lors de l'expulsion, obtenue avec 4/5 d'ampoule de dolosal, c'est-à-dire 80 mg.

Au point de vue accouchement dirigé, intéressante observation d'emploi précoce de l'hypophyse (2 fr., col effacé), après une importante « imbibition » d'antispasmodique (dolosal). L'accouchement s'est alors terminé en 1 h. 15 (O.I.D.P.).

La délivrance et la rétraction utérine ont été remarquablement satisfaisantes.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : B.

OBSERVATION XV.

M^me^ B..., 30 ans, IV^e^ pare.

Première grossesse en 1948 : avortement à deux mois.

Deuxième grossesse en 1949 : accouchement prématuré à huit mois d'un garçon décédé cinq jours après sa naissance, qui a présenté des crises aiguës de cyanose. Suite de couches physiologiques.

Troisième grossesse en 1950 : accouchement normal d'une fille de 3 kg. 350. Nourrie au sein, V.B.P., mais a présenté des crises de cyanose deux jours après sa naissance. K-thrombyl.

Grossesse de 8 mois 2/3. O.I.G.A.

Accouchement.

10 heures : col à 2 fr.

11 h. 45 : début de l'enregistrement graphique.

11 h. 55 : début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. à 120 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

T. : 36°8. P. : 70.

12 h. 15 : le sommeil est obtenu.

Début de l'hypophyse : 10 U. dans 500 cc. de sérum gl. L'hypophyse passe dans le même goutte à goutte que l'anesthésique; même total de 120 gouttes pour l'ensemble des produits.

12 h. 35 : l'utérus présente une certaine hypertonie, traduite par la courbe.

Rupture spontanée des membranes.

Passage du mélange à 30 gttes/mn. Dans les minutes qui suivent, l'hypertonie utérine diminue. La parturiente dort et ne pousse pas.

Col à P.P.

13 h. 05 : Sans effort apparent, la tête est à la vulve. On arrête l'hypophyse et le mélange anesthésique est passé très vite (150 gouttes-minute) pour le dégagement.

13 h. 15 : Accouchement d'un garçon de 2 kg. 870 qui ne crie pas, mais respire; présente une couleur rosée-cyanosée; l'abdomen est volumineux. On aspire d'abondantes mucosités.

L'enfant est placé sous oxygène. T. : 36° 5.

L'hypophyse est continué à 40 gttes-mn. jusqu'à 13 h. 35. La perfusion est alors arrêtée. Le placenta ne se décolle pas. Il semble que l'utérus se soit rétracté.

T. mère : 35° 6.

14 h. : Délivrance naturelle. Injection i/c. de 10 U. d'hypophyse.

Le 2e jour : L'enfant présente de la contracture; pas de vomissement; T. : 38/ 5.

On pense à une hémorragie méningée. La P.L. ramène un liquide xanthochromique. K-thrombyl + gardénal.

Le troisième jour : même état.

Le quatrième jour : T. : 37°. Etat satisfaisant. Poids : 2 kg. 580.

Evolution normale les jours suivants.

Conclusion.

Analgésie trop poussée pour la mère et pour l'enfant (?) : 60 mg. de dolosal.

Hypophyse injecté trop fortement au début.

De plus, ce qui rend difficile l'interprétation du résultat sur l'enfant, lourds antécédents pathologiques obstétricaux. Cas mal choisi.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : Méd.

OBSERVATION XVI.

Mme G..., 26 ans, IV^e^ pare.

A terme, O.I.D.P.

Accouchement.

16 h. : Douleurs assez vives. Col perméable de multipare.

18 h. : 5 fr. Rupture provoquée de la poche des eaux.

18 h. 15 : On commence une perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.

4560 : 1 amp. à 120 gttes/mn.

Sérum gl. : 250 cc.

Température : 37°. Pouls : 70.

18 h. 30 :. La somnolence apparaît. Analgésique à 60 gttes/mn. Col à P.P.

On commence une perfusion avec :

Hypophyse : 5 u à 8 gttes/mn. (dispositif en Y).

Sérum gl. : 250 cc.

18 h. 35 : Bonne somnolence. Les bruits fœtaux sont un peu ralentis. Col à G.P.

18 h. 45 : La femme pousse à la demande, l'expulsion ne semble pas douloureuse. Accouchement d'une fille de 3 kg. 450 qui crie immédiatement.

T. de la mère et de l'enfant : 36° 3.

L'hypophyse est continuée à 15 gttes/mn.

19 h. 10 : Délivrance naturelle.

L'hypophyse à 60 gttes/mn.

19 h. 30 : Fin de la perfusion.

Conclusion.

Résultats assez satisfaisants.

Analgésie : A.B. - Acc. dirigé : A.B.

Observation XVII.

Mme P..., 32 ans, III^e^ pare.

Syphilis en 1944. Traitée pendant cette grossesse. B.W. négatif.

Grossesse à terme, O.I.G.T.

Accouchement.

20 h. 15 : Début de l'enregistrement.

20 h. 45 : Col à 2 fr.

T. : 36° 8. P. : 80. Bruits du cœur : 160.

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.

4560 : 1 amp. à 100 gttes/mn.

Sérum gl. : 250 cc.

21 h. 05 : Début de la somnolence. Analgésique à 30 gttes/mn.

Début de la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U. à 60 gttes-mn. (dispositif en Y).

Sérum gl. : 250 cc.

21 h. 15 : Les bruits du cœur sont ralentis à 80 sans raison apparente.

On réduit l'analgésique à 12 gttes/mn. et on arrête l'hypophyse.

21 h. 20 : Les bruits redeviennent normaux. Analgésique : 60. Hypophyse : 32.

21 h. 45 : L'analgésique est épuisé. La femme somnole à peine.

On continue l'hypophyse même dose.

22 h. : Rupture accidentelle des membranes.

Col effacé à 5 fr.

22 h. 30 : Col à P.P.

En prévision de l'expulsion, on reprend un nouveau mélange analgésique à 100 gttes/mn.

22 h. 45 : Expulsion d'une fille de 3 kg. 040 qui crie aussitôt. T. : 36° 4.

La mère ne dort pas et semble souffrir un peu. T. : 36°.

La nouvelle dose d'analgésique est d'environ 80 à 100 cc.

23 h. 05 : Délivrance naturelle. On continue l'hypophyse pendant 20 mn.

Conclusion.

Le sommeil n'a pas été obtenu, mais seulement une très légère somnolence. Il aurait sans doute fallu employer un peu plus d'analgésique. Mais, par ailleurs, la femme est très nerveuse et

semble bien appartenir à la catégorie difficile à anesthésier des éthyliques. Le cas n'a donc pas été très bien choisi.

On a employé la moitié de la dose d'hypophyse (5 U.).

Analgésie : Méd. - Acc. dirigé : A.B.

OBSERVATION XVIII.

Mme C.., 25 ans, IIe pare.

Grossesse à terme, O.I.D.P.

Accouchement.

Début présumé du travail vers 19 h. Au cours de la journée, 2 injections de spartéine sont restées sans effet; une troisième, vers 19 h., semble déclencher le début du travail. L'état du col ne varie pas (1 fr. 50).

19 h. 55 : Début de l'enregistrement; les contractions sont assez irrégulières; elles sont douloureuses, mais la femme souffre surtout des « reins ». Pour s'assurer que le travail est effectivement commencé, on fait un enregistrement d'1 h. 15.

21 h. 10 : Col à grand 2 fr.

On commence une perfusion simultanée d'ocytocique et d'analgésique :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. 100 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

Hypophyse : 10 U.
Sérum gl. : 500 cc. 36 gttes/mn. (dispositif en Y).

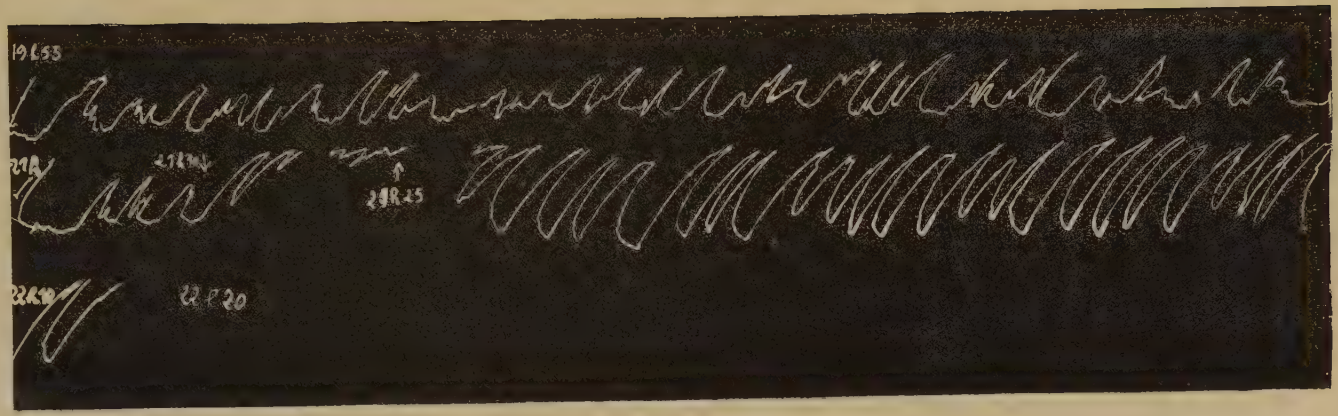
L'ocytocique a pour but de régulariser et de renforcer ce travail à début très lent.

21 h. 25 : Il apparaît une contracture importante du muscle utérin; on arrête l'hypophyse et on ajoute une deuxième ampoule de dolosal. L'analgésique est alors perfusé à 72 gttes/mn. La contracture amène la rupture de la poche des eaux au cours d'un toucher. Le liquide amniotique est très clair. Col à 5 fr.

21 h. 30 : Début de la somnolence. La contracture cesse.

Les bruits fœtaux sont bons à 140.

Col à P.P.



OBSERVATION XVIII. — *Multipare.*

19 h. 55 à 21 h. 10 : Enregistrement simple.

21 h. 10 : Début simultané de l'analgésique et de l'hypophyse.

Analgésique à 60 et hypophyse à 12.

22 h. : La femme somnole et se plaint parfois lors des contractions très importantes. Les contractions sont amples, séparées par des relâchements profonds.

Col à G.P.

22 h. 10 : D.C.

22 h. 20 : Accouchement d'un garçon présentant un circulaire, qui crie aussitôt après aspiration de quelques mucosités.

Poids : 4 kg. 200. T. : 37°.

T. de la mère : 35° 5.

22 h. 35 : Délivrance naturelle. On continue l'hypophyse pendant 20 mn.

Conclusion.

La mise en route du travail a été particulièrement lente, mais à partir du début de la perfusion l'accouchement a été extrêmement rapide, puisque 1 h. 10 s'est écoulée entre 2 fr. et l'expulsion. Pas de déchirure du périnée.

Bon accouchement dirigé avec un enfant de 4 kg. 200.

Au point de vue analgésique, le résultat est bon; calme somnolence chez une femme nerveuse. Celle-ci a été très satisfaite.

On a utilisé : les 3/4 de l'analgésique : 1 amp. 1/2 de dolosal; le 1/6 de l'hypophyse : environ 2 U.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : T.B.

OBSERVATION XIX.

Mme D..., 26 ans, IV^e^ pare.

Grossesse à terme, O.I.G.A.

Accouchement.

9 h. 45 : On fait 20 cg. de spartéine pour régulariser les contractions qui débutent.

12 h. 40 : 2 fr. Les contractions sont courtes et très espacées.

13 h. 10 : Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. 100 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

et

Hypophyse : 10 U. 12 gttes/mn. (Dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

Les bruits du cœur sont bons.

13 h. 25 : Début de la somnolence.

13 h. 35 : 5 fr. Le col est épais, en voie d'effacement. Rupture artificielle des membranes.

Hypophyse : 20 gouttes; analgésique : 60 gttes.

14 h. : P.P.

14 h. 10 : G.P. Hypophyse et analgésique à 100 gttes/mn.

14 h. 15 : Accouchement d'un garçon de 3 kg. 900, qui crie aussitôt. T. : 36° 4.

T. de la mère : 36°. Hypophyse : 12 gttes/mn. Arrêt de l'analgésique.

14 h. 20 : Délivrance naturelle. L'hypophyse continue à 100 gttes/mn.

Conclusion.

L'intérêt de cette observation réside dans la comparaison que la femme établit avec ses précédents accouchements. Elle a déclaré que l'accouchement actuel avait été beaucoup moins désagréable et s'est trouvée très satisfaite.

R.A.S. en ce qui concerne l'accouchement dirigé.

Analgésie : T.B. - Acc. dirigé : T.B.

Observation XX (*Front*).

Mme R..., 28 ans, III^e^ pare.

Grossesse à terme. A l'extrémité postérieure du diamètre oblique gauche, on trouve la fontanelle antérieure; en suivant, on atteint le front, les orbites, la racine du nez. N.I.G.A.

Accouchement.

10 h. : Rupture des membranes au cours d'un toucher. 5 F.

11 h. : P.P.

12 h. 30 : P.P. La dilatation est stationnaire. Les contractions deviennent très douloureuses. Elles sont espacées de 3 à 4 mn. et durent de 1 mn. à 1 mn. 1/2 chacune.

La tête n'a pas tourné, mais présente tantôt le front, tantôt le bregma.

On commence la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. 100 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

et

Hypophyse : 10 U. 12 gttes/mn. (Dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

12 h. 45 : Les contractions se rapprochent; elles semblent plus intenses; début de la somnolence, mais les douleurs sont sensibles.

13 h. : D.C. L'hypophyse passe à 100 gttes/mn. L'analgésique est arrêté.

13 h. 20 : Accouchement d'une fille de 3 kg. 500, en position N.P., présentant un circulaire serré. L'enfant crie aussitôt. Hypophyse : 12 gttes/mn.

13 h. 30 : Délivrance naturelle, arrêt de l'hypophyse (aiguille bouchée).

On fait 10 U. d'hypophyse en s.-c. et 1 amp. d'ergotine.

Conclusion.

Accouchement spontané d'un front de 3 kg. 500, avec une perfusion de 3 U. d'hypophyse en 50 mn., dans un état de demi-somnolence relativement peu poussée, mais ayant amené un soulagement notable.

L'accouchement dirigé a donc été extrêmement satisfaisant.

L'analgésie a été assez peu poussée (1 amp. de Dolosal) pour :

— éviter toute fatigue au fœtus;

— s'assurer que la femme pousse au maximum.

Analgésie : A.B. - Acc. dirigé : T.B.

OBSERVATION XXI.

Mme G..., 32 ans, III[e] pare.

Grossesse à terme, O.I.G.A.

Accouchement.

11 h. 15 : Début de l'enregistrement graphique.

Sous l'influence de la spartéine (20 cg. à 10 h.), les contractions se sont nettement déclenchées; mais elles ne donnent pas une courbe très régulière; elles semblent fortement ressenties.

11 h. 30 : Col à 2 fr., long.
Début de l'analgésie avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. 100 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

11 h. 40 : On commence :
Hypophyse : 10 U. 12 gttes/mn. (Dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

11 h. 50 : Malgré le débit important de l'analgésie, on ne constate pas de somnolence.

La femme demande à être endormie.

On ajoute une deuxième ampoule de dolosal.

12 h. 15 : Col à 5 fr., pas très souple, encore assez long.

Légère somnolence. L'analgésique est ramené à 60 gttes/mn.

12 h. 45 : P.P.

T.A. : 13,5/7.

13 h. 45 : G.P. L'analgésique est épuisé. Les contractions demeurent très vivement ressenties.

14 h. : D.C.

14 h. 15 : Accouchement d'un garçon de 3 kg. 440, présentant un circulaire du cordon, qui crie après quelques instants de friction. T. : 36° 1. T. de la mère : 35° 2.

14 h. 30 : Délivrance naturelle.

On fait 10 U. d'hypophyse et 1 amp. d'ergotine i/m.

Conclusion.

Au point de vue analgésie, l'échec est presque complet : la femme s'est plaint des douleurs et même des examens au cours du travail.

Au point de vue accouchement dirigé, corps utérin atone, péniblement entré au travail, puis effacement et dilatation lents.

De plus, par suite de difficultés techniques, la femme n'a guère reçu que 5 U. d'hypophyse.

Analgésie : Méd. - Acc. dirigé : Moy.

OBSERVATION XXII.

Mme K..., 31 ans, II[e] pare.

Grossesse de 8 mois 1/2, O.I.G.A.

Accouchement.

10 h. 30 : Début de l'enregistrement.

11 h. 10 : Col ouvert comme 2 fr., souple.

Bassin limite.

Douleurs vives et fréquentes.

T.A. : 12/8. T. : 36° 4.

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 2 amp.
4560 : 1 amp. à 100 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

11 h. 30 : Rupture artificielle de la poche des eaux. Les douleurs sont fortes et la femme souffre lorsqu'elles apparaissent. Elle somnole entre les contractions.

12 h. : PP. La somnolence est peu accusée, mais on réduit tout de même l'analgésique à 80 gttes/mn.

12 h. 15 : D.C. L'analgésique est épuisé. On commence la perfusion d'ocytocique pour faciliter l'expulsion, car la présentation reste haute et l'enfant semble gros, surtout pour le bassin.

Hypophyse : 10 U. à 60 gttes/mn. (Dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

La femme est demi assoupie, mais agitée et obéit mal; elle ne crie pas.

12 h. 20 : On arrête l'hypophyse car l'aiguille est sortie de la veine. On fait une expression forte et 5 U. d'hypophyse en s.-c.; les bruits se ralentissent et s'assourdissent : on fait une coramine avec de l'oxygène.

12 h. 45 : Expulsion sans un cri d'un garçon de 3 kg. 920, avec petite déchirure du périnée.

Le cordon est court; l'enfant a un cri franc après 7 à 8 mn. (étonné).

13 h. 5 : Délivrance naturelle.

La déchirure est réparée par un point; peu de douleur.

Conclusion.

Au point de vue analgésique, le sommeil n'a pas été obtenu et la femme a présenté une certaine agitation constante. Mais, contrairement à l'apparence, la femme s'est déclarée satisfaite; elle ne se rappelle plus guère, car elle « était dans un nuage ».

Au point de vue accouchement dirigé, nous remarquerons que la femme n'a pratiquement pas reçu d'hypophyse pendant la perfusion d'analgésique, ce qui n'a pas empêché le travail de se poursuivre normalement jusqu'à D.C.

Analgésie : A.B. - Acc. dirigé : A.B.

Observation XXIII.

Mme B..., 35 ans, VII^e^ pare.

Grossesse à terme, O.I.D.P.

Accouchement.

9 h. : 20 cg. de spartéine.

10 h. 10 : 5 fr. Col épais et bridant lors de la contraction. Présentation haute.

La femme s'inquiète et s'agite.

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. 120 gttes/mn.
Sérum gl : 500 cc.

10 h. 20 : La femme présente un certain calme.

10 h. 35 : Expulsion d'une fille de 3 kg. 500 qui crie aussitôt.

Il reste 3/4 du Dolosal, dont 25 mg. ont été perfusés.

Petite déchirure du périnée.

10 h. 50 : Délivrance naturelle; réparation du périnée par un point, sans manifestation douloureuse extériorisée.

Conclusion.

Courte analgésie de l'expulsion.

Observation de même sens que celles n^os^ 5 et 13.

Analgésie : A.B. - Acc. dirigé : Moy.

Observation XXIV.

Mme C..., 25 ans, IIe pare.

Grossesse de 8 mois 1/2, O.I.D.P.

Accouchement.

12 h. : Début de l'enregistrement. Rupture des membranes.

12 h. 15 : 2 fr. Femme calme, mais qui se plaint des « reins ».

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. 120 gttes/mn.
Sérum gl : 500 cc.

12 h. 30 : Début de la somnolence. 80 gttes/mn.

12 h. 40 : Très bonne somnolence, mais les contractions s'espacent et diminuent d'intensité.

On doit commencer :

Hypophyse : 10 U. 8 gttes/mn (Dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.
Analgésique à 48 gttes/mn.

13 h. : 5 fr., très souple.

Hypophyse : 24 gttes/mn.; analgésique, 40 gttes.

13 h. 30 : P.P. Hypophyse : 24 gttes; analgésique : 24.

13 h. 35 : G.P. Hypophyse : 60 gttes.

13 h. 40 : Expulsion d'une fille de 3 kg. 570 qui crie aussitôt.

Hypophyse à 8 gttes/mn. Fin de l'analgésique dont on a perfusé la moitié, c'est-à-dire 50 mg. de dolosal, ce qui a nécessité 1/4 de l'hypophyse (2 U. 1/2).

13 h. 35 : Délivrance naturelle. Hypophyse à 80 gttes-mn., jusqu'à ce que 3 autres unités environ soient perfusées.

Conclusion.

Au point de vue analgésique, assez bons résultats : la femme a déclaré avoir beaucoup moins souffert que pour la première grossesse.

Au point de vue accouchement dirigé, il semble bien que l'analgésique ait amené un ralentissement du travail qu'il a fallu corriger par l'hypophyse.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : B.

Observation XXV.

Mme B..., 32 ans, III[e] pare.

Grossesse à terme, O.I.G.A.

Accouchement.

17 h. 25 : Début de l'enregistrement.

17 h. 50 : 2 fr. Analgésique :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp.
Sérum gl. : 250 cc. 60 gttes/mn.

18 h. 20 : Petite somnolence. 40 gttes/mn.

18 h. 40 : Par suite d'incidents techniques, la perfusion ne se fait plus dans la veine. Il reste environ 1/3 d'analgésique.

18 h. 45 : Expulsion d'une fille de 3 kg. 360 qui crie aussitôt.

18 h. 55 : Délivrance naturelle.

Conclusion.

Analgésie courte et efficace. Pas d'emploi hypophysaire.

Très comparable aux n[os] 5, 13 et 23.

Analgésie : A.B. - Acc. dirigé : A.B.

Observation XXVI.

Mme D..., 37 ans, II[e] pare.

Première grossesse 1952 : avortement spontané à 3 mois.

Deuxième grossesse actuelle : secondigeste de 37 ans, envoyée par son médecin, qui préfère qu'elle accouche en milieu obstétrical, en raison de son âge et de la présence d'un fibrome. En cours de grossesse, plusieurs menaces d'avortement traitées par les opiacés et la progestérone.

Grossesse de 8 mois 1/2. Excès de liquide. Hauteur utérine : 40 cm.

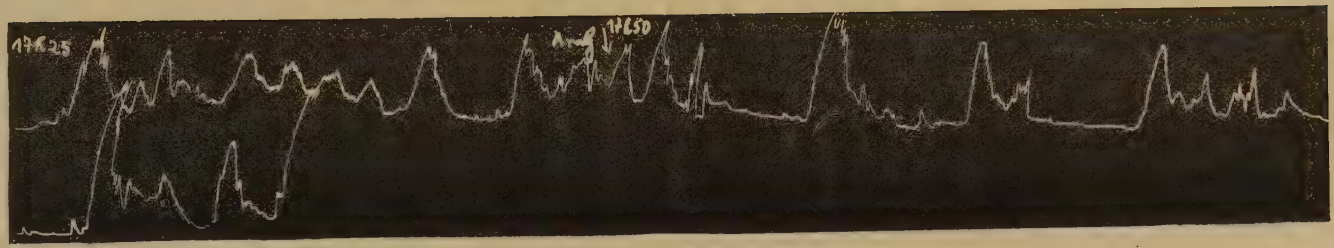
Accouchement : le 21 mai.

22 h. : Début présumé du travail.

Le 22 mai,

2 h. : 1 spasmalgine pour assouplir le col.

Dans la matinée : le travail se fait très péniblement. La présentation reste haute. On hésite à entreprendre une césarienne. La



OBSERVATION XXV. — *Multipare.*
Analgésique seul à partir de 17 h. 50.

femme, étrangère, très indocile, s'agite et crie continuellement. Les bruits du cœur fœtal sont très difficiles à percevoir en raison des plaintes ininterrompues de la femme, de son pouls très accéléré. Ils semblent néanmoins lointains et ralentis.

11 h. 25 : P.P. On commence une perfusion avec :

Dolosal : 2 amp.

4560 : 1 amp à 120 gttes/mn.

Sérum gl. : 500 cc.

et

Hypophyse : 10 U. à 12 gttes/mn.

Sérum gl : 500 cc.

11 h. 40 : Début de la somnolence. Analgésique à 80 gttes/mn.

Malgré le calme apparu chez la femme, la perception des bruits fœtaux demeure très difficile à affirmer.

11 h. 45 : Analgésique à 40 gttes/mn.

G.P.

11 h. 50 : Hypophyse à 60 gttes/mn. La tête s'engage franchement. On a alors espoir de provoquer l'accouchement par les voies naturelles.

12 h. : D.C. On commence à faire pousser la femme.

12 h. 45 : Expulsion d'un garçon mort-né de 3 kg. 800.

Hypophyse : 12 gttes-mn.; il reste 320 cc.

Arrêt de l'analgésique; il reste 250 cc.

13 h. : Délivrance naturelle. Reprise de l'hypophyse pendant quelques minutes.

Conclusion.

En présence de cet enfant donnant des signes certains de souffrance, il est permis de discuter l'indication de la perfusion. Deux éléments étaient à considérer :

— la possibilité de l'accouchement par les voies naturelles;

— la valeur du fœtus.

Nous avons pensé ménager l'un et l'autre. Bien que l'analgésie semble n'avoir pas de responsabilité dans ce décès aisément explicable par l'ensemble clinique (hydramios, travail traînant), ce cas n'était pas indiqué dans la période d'essai où nous nous trouvions.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : Mal.

Observation XXVII.

Mme B..., 23 ans, III[e] pare.

Grossesse à terme, O.I.G.A.

Accouchement.

22 h. 30 : Contractions régulières, rapprochées toutes les 2 à 3 mn. environ, vivement ressenties.

T.A. : 13/8. P. : 80. Bruits du cœur réguliers à 120.

Col à 2 fr.

Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. 120 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

22 h. 45 : Début de l'analgésie, avec somnolence, mais les contractions restent aussi fortes et rapprochées.

Analgésique à 80.

Col à 5 fr., très souple.

23 h. : P.P.

La somnolence est interrompue lors des contractions, mais la femme ne crie pas.

23 h. 15 : D.C. - T.A., P., bruits du cœur identiques.

Début de la perfusion avec :

Hypophyse : 5 U. 60 gttes/mn. (dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

On fait pousser la femme.

23 h. 20 : Expulsion silencieuse d'une fille de 2 kg. 950, bel aspect général, cri immédiat.

On a perfusé environ les 3/4 d'analgésique. Hypophyse à 8 gttes/mn.

23 h. 35 : Délivrance naturelle. T. : 35° 5.

On arrête l'hypophyse car la perfusion est techniquement mauvaise.

23 h. 40 : Hémorragie légère traitée par : hypophyse : 10 U.; ergotine : 1 amp.

Conclusion.

Accouchement dirigé pratiquement sans hypophyse : travail non retardé, col assoupli, enfant en excellent état. Pas de modifications vasculaires de la mère.

Analgésie assez courte mais satisfaisante (75 mg. de dolosal). La femme déclare qu'elle est très satisfaite de cet accouchement lorsqu'elle le compare aux précédents.

A rapprocher des nos 5, 13, 23 et 25.

Analgésie : B. - Acc. dirigé : T.B.

OBSERVATION XXVIII.

Mme V.., 25 ans, IIIe pare.

Petit infiltrat pulmonaire gauche.

A terme probablement, O.I.G.A.

Accouchement.

10 h. 45 : 20 cg. spartéine pour que le travail se déclenche nettement.

12 h. 50 : Femme assez agitée, se plaint à haute voix. T. : 36° 5.

T.A. : 9/6. P. : 80. B: cœur bon à 140.

Col largement perméable, mais non effacé.

On commence une perfusion avec :

Dolosal : 2 amp.

4560 : 1 amp. à 100 gttes/mn.

Sérum gl. : 500 cc.

13 h. 5 : Début de la somnolence: femme très calme, silencieuse. 60 gttes/mn.

13 h. 20 : La femme ne se plaint pas mais ressent des contractions toutes les 3 ou 4 minutes.

Col à 5 fr. effacé et très souple.

T.A. : 8/5. P. : 80. B. cœur bons à 140. Anal. : 20 gttes/mn.

13 h. 40 : Début de la perfusion avec :

Hypophyse : 10 U.

Sérum gl. : 500 cc. à 12 gttes/mn.

13 h. 45 : Col à PP.

Hypophyse : 20 gttes-mn.

14 h. : Col à G.P.

14 h. 5 : Col à D.C. La femme pousse à la demande, calmement. Arrêt de l'analgésique dont on a utilisé moins de la moitié.

14 h. 10 : Expulsion d'un garçon de 3 kg. 350, qui crie après 10 secondes (cri franc). Hypophyse à 8 gttes-mn.

14 h. 20 : Délivrance naturelle. La perfusion d'hypophyse s'étant arrêtée accidentellement, on fait préventivement 5 U. d'hypophyse en i.-m. et 1 ergotine. T. : 35° 5. Pas d'hémorragie.

Conclusion.

Très bonne analgésie obtenue avec un peu moins d'une ampoule de dolosal et d'une demi-amp. de 4560. La parturiente s'est déclarée très satisfaite du soulagement à peu près total qui lui a été donné. La dose a peut-être été un peu trop forte, si l'on en juge par le léger retard du cri fœtal.

Accouchement dirigé satisfaisant. L'hypophyse, non indispensable, a cependant été utilisé pour accélérer au maximum la période d'expulsion, chez cette malade atteinte de bacillose pulmonaire.

Analgésie : T.B. - Acc. dirigé : B.

OBSERVATION XXIX.

Mme D..., 31 ans, II[e] pare.

Première grossesse en 1943; accouchement normal d'une fille de 3 kg. 900.

Deuxième grossesse actuelle.

Grossesse de 8 mois 1/3, O.I.D.P.

Accouchement.

10 h. 40 Col perméable, 0 fr. 50. Début de l'enregistrement.

T. A. : 13,5/8. T. : 35° 7. Bruits du cœur réguliers à 120.

11 h. : Début de la perfusion avec :

Dolosal : 1 amp.
4560 : 1 amp. 120 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

11 h. 10 : Les contractions sont irrégulières, faibles, peu nombreuses.

Début de l'hypophyse :

Hypophyse : 10 U. 12 gttes/mn. (Dispositif en Y).
Sérum gl. : 500 cc.

11 h. 20 : Peu d'effet de somnolence. On ajoute une 2[e] amp. de dolosal, l'analgésique passe à 80 gttes/mn.

11 h. 40 : 1 fr., mais le col est très dur et forme bride. La poche des eaux est plate; rupture artificielle. A partir de ce moment, les contractions deviennent régulières et sensibles.

Légère somnolence; l'analgésique est réduit à 48 gttes/mn.

12 h. : T. A. : 12,5/7.

Analgésique : 30 gttes/mn.

12 h. 10 : 1 fr. 50.

12 h. 50 : Même dilatation. Le col est toujours très dur. On arrête l'hypophyse et le dolosal. On met en train une perfusion avec :

Méthionamine : 6 gr. 60 gttes/mn.
Sérum gl. : 500 cc.

13 h. 40 : Même dilatation, mais le col est un peu plus souple.

14 h. 40 : Même dilatation. On fait 1 amp. de spasmalgine s.-c.

15 h. : 2e amp. de spasmalgine.

15 h. 30 : Même dilatation. Le col est assoupli. La méthionamine est terminée.

Reprise de la perfusion avec :

Analgésique à 30 gttes/mn.
et Hypophyse à 12 gttes/mn.

15 h. 50 : 3e spasmalgine.

16 h. 40 : 2 fr. La dilatation semble maintenant commencer à se faire normalement.

17 h. 10 : 4e spasmalgine.

Fin de l'analgésique et arrêt de l'hypophyse. La femme est en état de demi-somnolence.

19 h. : P.P. Les bruits sont bons.

19 h. 30 : G.P. La femme commence à pousser à la demande. Peu de somnolence.

19 h. 45 : D.C. La femme pousse à chaque contraction, aidée par une forte expression abdominale.

20 h. 45 : Même état. La tête descend mal et tourne peu. Les bruits du cœur restent bons.

21 h. 45 : Application de forceps (D.P.). Les cuillères glissent et la tête ne descend pas. On décide de faire une césarienne.

22 h. : Extraction d'un garçon de 4 kg. 370, étonné mais rose, qui crie presque aussitôt.

Conclusion.

L'échec de l'accouchement spontané ne permet pas de condamner la méthode d'analgésie potentialisée. Tout au plus pourrait-on la mettre en cause dans cette dureté du col tout à fait anormale, surtout chez une IIe pare. Il est toutefois peu probable que la très faible quantité d'hypophyse perfusée au début ait entraîné un spasme aussi important. Entre 11 h. 10 et 11 h. 40, il est passé 400 gttes au plus, c'est-à-dire 20 cc. ou 0,4 U. d'hypophyse.

Il est plus probable que la difficulté de la dilatation était due à la qualité des tissus. Ceux-ci, avant toute perfusion, semblaient appartenir à une primipare.

Quant au passage de l'enfant, il a été impossible en raison de la taille (4 kg. 370). La femme nous apprend que le premier, de 3 kg. 900, a été très difficile à expulser.

Dans l'ensemble, il faut remarquer que l'analgésique n'a pas eu l'action assouplissante sur le col que l'on aurait pu attendre; mais pas d'effet toxique notable malgré une perfusion complète avec 2 ampoules de dolosal, les 4 spasmalgines et le potentialisateur 4560. Au point de vue diurèse, aucune rétention.

OBSERVATION XXX.

Mme B..., 24 ans.

Antécédents : aucun, pas d'infection génitale, pas de métrite, pas de salpingite.

Grossesses et accouchements antérieurs.

Première grossesse 1947 : accouchement normal d'une fille de 3 kg. 200, nourrie au sein, suites de couches physiologiques.

Deuxième grossesse 1950 : accouchement normal d'un garçon de 3 kg. 200. Dans les suites de couches, petite infection utérine, traitée vraisemblablement par les sulfamides per os (Maternité de Langon).

Aucun traitement au dire de la malade.

Troisième grossesse actuelle.

Dernières règles du 25 au 29 juin 1952. Entre à l'Hôpital militaire Robert-Picquet le 25 février 1953; grossesse de 7 mois 2/3.

Dans la nuit du 22 au 23, rupture de la poche des eaux sans raison apparente. Le liquide est clair et s'écoule avec un faible débit.

Le 23 au matin, les pertes s'arrêtent; dans la soirée, l'écoulement reprend, puis la malade constate un petit filet de sang, lequel lui fait appeler la sage-femme. Pas de douleurs.

Le 24, l'écoulement des eaux continue; il n'y a plus de sang, quelques douleurs apparaissent dans la journée, surtout dans les « reins ».

Vers 22 heures, les douleurs se précisent du type colique.

Le 25, la sage-femme pratique une piqûre, vraisemblablement de spasmalgine.

La malade entre dans le service le 25 février, à 13 h. 30. Douleurs espacées, écoulement de liquide fortement teinté de méconium.

Tête en bas, dos à gauche; bruits du cœur perceptibles à gauche, mais assez sourds : 120 à la mn.

Au toucher, on sent un col élevé, mais en position normale, d'une dureté ligneuse extrême, comme cicatricielle et présentant une dilatation d'1 fr. Un important bourrelet de la bosse séro-sanguine s'engage dans le col.

Sur les conseils de M. le Pr agrégé Faugère, on fait :

13 h. 45 : 1 spasmalgine + 1 cardiazol.

14 h. 5 : 1 spasmalgine.

15 h. 15 : 1 spasmalgine; T. : 36° 7.

15 h. 55 : 1 spasmalgine; T. : 36° 9.

17 h. : 1 spasmalgine.

18 h. : On constate un léger ramollissement du col; les douleurs ont cessé complètement.

19 h. 30 : T. : 37° 4.

21 h. 30 : En raison du début de ramollissement du col, on va tenter un accouchement dirigé, en combinant l'action résolutive et anti-spasmodique du dolosal avec l'action d'un ocytocique.

On fait 3 U. d'hypophyse s.-c. pour étudier la réponse utérine; quelques instants après, la femme présente des contractions douloureuses nettement séparées toutes les 2 à 3 mn.; le col s'abaisse nettement.

Puis ces contractions vont en diminuant d'intensité et de fréquence.

23 h. 15 : Début de la perfusion avec :

4560 : 1 amp. 50 gttes/mn.
Dolosal : 2 amp.
Sérum gl. : 250 cc.

Hypophyse : 10 U. 12 gttes/mn. (Dispositif en Y).
Sérum gl. : 250 cc.

23 h. 30 : Une certaine somnolence s'établit.

Des contractions réapparaissent. Bruits du cœur identiques.

1 h. 15 : La perfusion est entièrement passée.

L'utérus présente une certaine contracture, le col n'est pas modifié.

T. : 37° 8. Les pertes sont nauséabondes et témoignent d'une infection nette.

1 h. 45 : Le Pr. agr. Faugère pratique une césarienne sous anesthésie en circuit fermé.

Naissance d'une fille de 2 kg. 900, facilement ranimée.

Pénicilline pour la mère et l'enfant.

Conclusion.

Nous avons doublement hésité à propos de cette observation. En premier lieu, avant, parce qu'une perfusion nous semblait avoir bien peu de chances de succès. En second lieu, après, parce que l'échec ne nous semblait pas apporter grand enseignement.

En fait l'intérêt réside dans la limite ainsi assignée à l'association ocytocique-analgésie d'une part, et d'autre part dans l'état du fœtus. Celui-ci, bien qu'à 7 mois 2/3, a supporté outre les conséquences de la rupture prématurée des membranes et le travail utérin de plus de 24 heures, l'assaut dû à 13 U. d'hypophyse, 5 spasmalgines et l'action analgésique de 200 mg. de dolosal potentialisé.

Nous sommes tentés de n'attribuer à la méthode que nous étudions aucune action néfaste sur le fœtus.

LES ENSEIGNEMENTS: INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

C'est à dessein que nous avons présenté en nombre égal primipares et multipares, contrairement à certaines publications portant presque exclusivement sur les unes ou sur les autres; en effet, mis à part l'élément temps, l'élément douleur, lui, surtout pendant la dilatation, semble peu varier du premier au deuxième où troisième accouchement. Les questions d'analgésie ne semblent devenir secondaires, au dire des intéressées, que chez les grandes multipares.

Par contre, les conditions de notre travail ont été nettement modifiées et évidemment facilitées dans le deuxième groupe.

Indépendamment du nombre de grossesses antérieures, l'expérience nous amène à reconnaître deux types d'observations :

Les unes se sont déroulées suivant un plan prévu; la perfusion, très échelonnée, étant commencée au moment voulu que l'évolution a montré être « le bon ». C'est l'accouchement dirigé avec analgésie potentialisée.

Les autres ont été le témoin soit d'un certain imprévu heureux, tel un travail particulièrement rapide, soit d'une improvisation de circonstance, telle l'installation d'un analgésique pour « l'expulsion ». De toute façon, la perfusion a été tardive et courte. C'est l'analgésie de la troisième période du travail.

Nous croyons donc utile de faire cette distinction. Fruit de l'empirisme, elle ne nous semble pas moins solide pour établir deux variantes dans nos analgésies.

1° L'ACCOUCHEMENT DIRIGE AVEC ANALGESIE POTENTIALISEE

A l'aide d'une observation-type (n° 12), établissons notre conduite dans l'association ocytocique-analgésique.

A) **Choix des parturientes.** — En principe, nous nous sommes adressés aux femmes agitées, anxieuses, manifestant beaucoup, à celles qui gênaient la bonne marche de l'établissement plutôt qu'à celles qui se faisaient oublier. C'est dire la difficulté que nous avons recherchée et rencontrée.

B) **Antécédents.** — Parfois bacillaires, nous avons alors essentiellement en vue l'accouchement rapide.

C) **Au point de vue obstétrical.** — Grossesse à terme en principe, bien que plusieurs nouveau-nés aient été visiblement prématurés.

Nous avons accepté les sommets, quelle que soit leur position ou variété. Bien entendu, nous n'avons en vue que les bassins normaux.

La question de la poche des eaux ne nous a pas posé de problème. La conservation ou la rupture se pose en fonction de chaque cas particulier.

D) **Perfusion.** — Le mélange analgésique est formé le plus souvent d'une ampoule de dolosal et d'une ampoule de largactil dans 500 cc. de sérum glucosé. Parfois nous ajoutons une deuxième ampoule de dolosal en cas d'agitation très importante, mais il ne saurait être question de doubler la dose de largactil. Le débit varie de 100 à 140 gouttes minute.

Ce début a pour cadre un col en voie d'effacement avec une dilatation de 2 F., travail bien établi, contractions bien nettes. Dix à vingt minutes sont nécessaires pour voir s'établir une somnolence progressive. Le débit doit alors être maintenu entre 30 et 50 gouttes/minute, ce qui assure une perfusion de deux à trois heures, à notre avis largement suffisante. L'effet s'atténue ensuite progressivement en quelques heures.

L'ocytocique est également porté dans la même quantité de sérum glucosé; il est constitué de 10 unités d'hypophyse. Une grande marge est possible quant au moment où entre en jeu ce deuxième système. Il est naturel que ce soit vers la fin de la dilatation, au moment où l'expulsion va nécessiter les plus gros efforts musculaires, qui est aussi celui où l'utérus semble parfois relâcher ses efforts. Mais l'ensemble des observations nous montre beaucoup de variété. L'hypophyse a été parfois utilisé en premier (observation n° II).

Rappelons que pour éviter toute contracture, il faut un débit extrêmement réduit au début, 8 à 15 gouttes/minute. On passe graduellement à 40 ou 60 gouttes/minute jusqu'à l'expulsion. Puis on maintient à 10, 20 gouttes, pour éviter une rétention placentaire qui ne manquerait pas de se produire en cas d'arrêt brusque de l'hypophyse à l'expulsion. Après la délivrance, toujours très simple, si l'on observe les quelques précautions indiquées, plus de la moitié des 10 unités d'hypophyse est restée dans l'ampoule de sérum et passera alors en totalité ou non, suivant le degré de rétraction utérine. Le débit sera élevé à plus de 100 gouttes/minute.

Signalons enfin que nous employons également les curarisants de synthèse (flaxédil). Ils sont potentialisés par le largactil et donnent de bons résultats sur le périnée en injections intramusculaires pratiquées à D.C. La voie intraveineuse utilisant la perfusion a une action spectaculaire sur la facilité du dégagement (observations II et III), mais il faut prévoir l'intubation pour remédier aux éventuels troubles dyspnéiques du curare.

2° L'ANALGESIE DE LA TROISIEME PERIODE DU TRAVAIL

L'observation type est le n° V. Insistons sur le fait que ces cas sont ceux qui nous ont d'abord « échappé » au point de vue direction d'accouchement, ainsi qu'il arrive chez des multipares dont le travail s'accélère brusquement de façon inopinée. Secondairement, deux caractères constants nous permirent de

reconnaître à ces observations un type que nous voulons différent du précédent.

La troisième période du travail amène souvent un état spécial de la parturiente. Celle-ci ressent l'impression d'une force puissante qui ébranle tous ses organes et la soulève au-dessus de son lit. Sans doute est-ce la traduction de la contraction pariétale. Quoi qu'il en soit, le comportement de la femme change; l'anxiété naît, tout à fait préjudiciable chez la primipare. La période d'expulsion, surtout chez la primipare, est bien la pierre d'achoppement des procédés analgésiques (Mahon).

La perfusion d'analgésique potientialisé que nous mettons en place à PP. amène une agréable sédation des douleurs de la fin de la dilatation et prévient la phase d'énervement anarchique qui doit succéder. Cette impression de réussite indiscutable, que le comportement de la parturiente n'extériorise d'ailleurs pas toujours, est un des caractères de cette analgésie. Peut-être une amnésie fugace et inaperçue, dans les perfusions longues, est-elle ici survenue au « bon moment » ? Le deuxième caractère est en contradiction avec l'opinion courante. Il concerne le fœtus qui a toujours été en parfait état, vif et éveillé, malgré la décharge tardive d'analgésique dans le sang maternel. Faut-il admettre que le passage de la barrière placentaire demande beaucoup de temps ? De minutieux dosages seraient nécessaires pour l'affirmer (3).

Nous n'insisterons pas sur la technique qui ne présente rien de particulier. L'emploi de l'hypophyse est ici encore facultatif; mais le temps est trop limité pour que la modification qu'il occasionne soit bien sensible.

3° CAS PARTICULIERS

A) **Présentation du front** (obs. XX). — Compte tenu des éléments habituels qui entrent en jeu (parité, état du bassin, volume fœtal supposé), les cas dans lesquels l'épreuve du tra-

vail est à faire nous semblent justiciables d'une prudente application de l'association ocytocique-analgésie.

Certes, la menace d'enclavement demeure dans notre esprit; mais nous ne pensons pas la préciser beaucoup par une dose réduite d'hypophyse. Par contre, la contraction utérine satisfaisante fera juger pleinement de l'épreuve du travail.

Pour la femme, l'épreuve, précisément, sera moins rude.

B) **Présentation du siège.** — Dans le Service de M. le Professeur agrégé Mahon, les présentations du siège entraînent le plus souvent la mise en place d'une perfusion d'hypophyse. Bien que nous n'ayons pas d'observation sur cette question, nous pensons que notre association peut avoir sa place ici aussi. L'obstacle que forme le col est sans doute très diminué par le dolosal. L'épreuve du travail sur le col ne peut qu'être facilitée.

C) **Anomalies de la dilatation.** — Beaucoup de nos observations montrent l'assouplissement cervical apparu après la perfusion analgésique. Nous pensons que les anomalies de la dilatation, les spasmes du col, sont régularisés comme après l'emploi de spasmalgine. La dilatation manuelle du col assoupli a pu être extrêmement aisée.

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que nous n'avons pas vu de dystocie fonctionnelle de l'ordre de celles que l'on rencontre couramment, qui n'ait été améliorée par l'association que nous lui avons opposée.

Cependant, il ne saurait être question de demander à l'association ocytocique analgésique des résultats hors de sa portée. L'observation XXX nous a posé un problème insoluble pour des antispasmodiques. Il est des dilatations impossibles médicalement et qui imposent la césarienne.

D) **Préparation aux interventions.** — Les déchirures du périnée et les épisiotomies sont faciles à réparer sans utilisation d'anesthésique, l'effet analgésique demeurant plusieurs heures.

Pour les interventions majeures, l'association dolosal-largactil est avec le phénergan un cocktail de base des anesthésies modernes. Elle est donc une excellente préparation au cas où la césarienne s'impose.

E) **Prévention du choc obstétrical.** — L'accouchement, aussi physiologique qu'il soit, est une agression indiscutable. L'organisme réagit le plus souvent par une « réaction oscillante » harmonieuse, mais le déséquilibre, sous forme d' « hypertrophie » de l'un des mécanismes de défense, peut entraîner le choc. La prévention en est la suppression de cette défense puissante et sa mise en veilleuse. C'est précisément là le rôle du largactil.

F) **Déclenchement de l'accouchement** (obs. XI). — Parfois indiqué, le déclenchement de l'accouchement nous a donné un bon résultat. L'expérience nous manque pour que nous puissions être assuré d'avoir toujours satisfaction dans la perfusion hypophysaire non préparée par l'association analgésique.

*
* *

4° REVUE GENERALE DES RESULTATS

Nous ne pensons pas que l'expérimentation sous forme d'étude statistique d'un phénomène dans des conditions déterminées doive se faire en clinique avec la rigueur du laboratoire. D'abord parce que chaque malade pose un problème et demande une solution particulière qu'il ne nous appartient pas de réduire à une fraction d'un tout. Nous nous sommes refusé à « étudier » l'action d'une dose standard. Nous n'avons pas une dose issue de moyennes à proposer. Nous n'avons qu'une suite de cas; à propos de chacun nous avons agi au mieux des intérêts de la femme. D'où le manque d'unité et la faiblesse statistique que nous avons cherché à compenser par l'exposé particulier et nuancé.

A) **Au point de vue de la mère.**

a) Etat entre les contractions utérines :

Pendant la dilatation, nous nous sommes efforcé de déranger le moins possible les parturientes en évitant la lumière vive, le bruit, etc. Les femmes présentent un sommeil calme dont on peut les tirer par une incitation vive. Dans les jours qui suivent, l'accouchée ne conserve pas la notion du temps ainsi écoulé.

b) Pendant les contractions :

La contraction utérine joue le rôle d'incitation gênante, mais qui ne parvient pas complètement à tirer la femme de son sommeil (12 primipares sur 14; 7 multipares sur 14).

c) A dilatation complète :

La femme s'éveille, ou il faut la solliciter. Elle pousse alors très convenablement, même dans les cas où l'aide post-hypophysaire ne lui est pas apportée.

d) Obtient-on une hypnose ou une analgésie vraie ?

Nous tendons à attribuer des propriétés réellement analgésiantes au dolosal potentialisé. En effet, lorsqu'il n'y a qu'hypnose avec perte de conscience, une certaine sensibilité demeure; celle-ci se traduit effectivement par la perte du « self-control » et par l'agitation désordonnée à la douleur fréquemment signalée pour d'autres méthodes d'analgésie obstétricale à tendance hypnotique. Au contraire, la section chimique des fibres nerveuses de la douleur, ou analgésie vraie, ne permet plus aucune projection centrale et supprime les mouvements involontaires de défense (17).

C'est précisément cette deuxième éventualité que nous avons enregistrée. Plus exactement, plusieurs de nos parturientes ont certes réagi au moment des douleurs, soit par dose insuffisante, soit par inefficacité relative des produits, mais nous n'avons pas rencontré d'agitation particulièrement gênante ou remarquable.

Concluons prudemment, car il paraît bien artificiel de situer définitivement une action médicamenteuse parmi les analgésies et de l'exclure des hypnoses.

Par contre, une amnésie totale de la deuxième période nous semble établie dans le tiers des cas environ, tandis qu'après l'expulsion, un éveil très satisfaisant permet à la mère d'embrasser l'enfant.

e) La marche du travail :

L'association ocytocique-analgésique nous a permis d'obtenir un déroulement très physiologique du travail.

L'effacement, satisfaisant lorsque nous l'avons aidé du mélange analgésique (obs. XIV) intervient normalement avant le début de la perfusion.

A partir du col effacé et de dilatation entre 1 F. et 2 F., notre intervention analgésique simple n'entraîne, quant à la marche du travail, aucune modification patente. Nous reprendrons ces mots de MM. Lacomme, Laborit, Le Lorier et Pommier : « Globalement, nous croyons approcher de la vérité en disant que le travail est accéléré dans un tiers des cas, ralenti dans un tiers et ne subit pas de changement dans le troisième tiers. C'est peut-être dire que l'influence de l'analgésie sur la marche du travail est nulle. » Puis l'entrée en jeu de l'hypophyse se fait à un moment très variable, comme nous l'avons déjà dit; bien que n'étant généralement pas strictement indispensable, elle a permis un mieux-être de la femme, sans à-coup dans la progression, sauf cas particuliers sur lesquels nous nous sommes expliqué (obs. IV, IX, XV, XXI).

f) Expulsion et délivrance :

La femme pousse un temps relativement court. Sur 14 primipares :

8 ont poussé moins de 15 minutes;

4 ont poussé entre 15 et 30 minutes;

2 ont poussé 60 minutes.

Nous n'avons pas dû faire appel à l'application de forceps, sauf le cas particulier n° XXIX.

La délivrance ne subit pas de modification lorsque les précautions que nous avons signalées sont prises.

Les déchirures du périnée sont réduites à 2 sur 14 primipares, réparées chacune par un point; de plus, une épisiotomie réparée par trois points.

g) Etat général :

Appareil respiratoire : pas de trouble, même avec les curarisants de synthèse.

Appareil cardio-vasculaire : le cœur ne présente pas de modification. La tension artérielle est nettement abaissée de 2 à 4 degrés avec conservation de la différentielle. Une certaine pâleur de la face se manifeste également. Ces phénomènes sont habituels à l'emploi des ganglioplégiques et n'occasionnent aucun trouble si l'on fait mettre les malades en décubitus. Il faudra cependant en tenir compte pour poser des indications chez les hypotendues.

L'association ocytocique-analgésique permet d'ailleurs d'éviter ce déséquilibre tensionnel passager, car l'hypophyse nous a toujours paru légèrement « hypertenseur ».

Pas de modification du pouls.

Appareil digestif : pas de trouble notable; sécheresse de la bouche.

Appareil urinaire : pas de modification en particulier de la diurèse.

Appareil nerveux : la femme accuse parfois un léger vertige au début.

Température : elle s'abaisse d'un degré à un degré et demi et atteint 35° dans tous les cas où observateur et parturiente s'accordent pour reconnaître que l'analgésie a été satisfaisante. Il nous a semblé que l'absence de modification de température était liée à l'échec de l'analgésique (obs. XVIII).

B) **Au point de vue de l'enfant.**

Sur 30 cas :

— 17 enfants étaient d'une vivacité normale avec cri franc;

— 6 ont présenté un retard de cri de quelques secondes, dont un seul (n° XXVIII) semble pouvoir être attribué à l'action de l'analgésique;

— 5 n'ont crié qu'au bout de trois à dix minutes. La responsabilité analgésique est difficile à établir dans trois de ces cas (obs. VI, VII, XV), mais nous devons reconnaître que deux retards sont probablement imputables à notre intervention (obs. IX, XXII), encore que nous ne fûmes pas entièrement maître de notre action dans le premier cas;

— 2, enfin, se placent en marge de la discussion : n° XI, enfant anencéphale; n° XXVI, hydramnios avec souffrance grave avant toute intervention.

Au total, ces chiffres seuls ne nous portent pas à redouter une action nocive durable de l'association ocytocique analgésique.

Mais la question a été récemment considérée d'une façon plus vaste. Plusieurs accoucheurs ont posé aux tenants de l'analgésie l'inquiétant problème des influences médicamenteuses sur les centres supérieurs du nouveau-né. Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de leur répondre, la gravité d'une éventuelle atteinte toxique ne nous échappe pas. Ce nous est finalement une incitation à une grande prudence.

Dès lors, les résultats de certains dosages humoraux chez le nouveau-né pourraient nous guider utilement. Malheureusement, nous ne connaissons pas de méthode simple de dosage de l'analgésie proposée, couramment utilisable en clinique (3). L'Ecole de Toulouse vient de publier d'intéressantes recherches sur le retentissement de l'administration de péthidine aux parturientes. Outre les observations cliniques nullement défavorables, quelques dosages d'oxygène dans le sang de la veine ombilicale permettent de penser que « la péthidine ne compromet pas l'oxygénation correcte du fœtus » (5); en ce qui concerne le passage placentaire, il se ferait dans les deux heures suivant l'injection intramusculaire.

C) **Au point de vue de l'accoucheur.**

On pourra objecter que la méthode d'analgésie par perfusion intraveineuse n'est pas assez simple, maniable, à la portée du médecin praticien exerçant à domicile, dans des conditions précaires. Il est vrai que l'analgésie médicamenteuse, de « simplicité idéale », par injection unique intramusculaire ou même absorption buccale, reste à découvrir. Cependant, si nous comparons les nombreuses analgésies proposées jusqu'à maintenant, nous devrons reconnaître que le procédé que nous étudions est parmi les plus simples. Certes, il impose la présence constante du médecin. Encore celui-ci peut-il amener et installer seul le dispositif simple de sérum. On peut facilement remplacer le pied à sérum, et le bras peut être tenu sur une planchette.

Mais que dire de l'anesthésie épidurale continue ou de l'anesthésie rachidienne ? L'accès novocaïnique du canal d'Alcock et de son nerf honteux interne est-il simple ? Est-il aisé d'apporter à domicile les bouteilles de protoxyde auquel il est bon d'associer l'oxygène... et, dit Chomé, « la présence d'un anesthésiste particulièrement entraîné à ce mode d'anesthésie » ? Le chloroforme de l'expulsion, lui, ne peut être confié qu'à la sage-femme. Dans le cadre des analgésies puissantes, efficaces, l'association du médecin et de la sage-femme est à peu près indispensable.

Par contre, pour tenir éventuellement un bras perfusé, il suffit d'une personne non avertie. Le médecin est ainsi déchargé de préoccupations pratiques. Il n'ajoute guère qu'un aide à la petite équipe sanitaire bénévole, qui se constitue habituellement autour de la parturiente.

*
* *

Place des facteurs non médicamenteux.

La médecine moderne s'est efforcée, sous différentes appellations heureuses, de découvrir la part du psychisme dans les processus pathologiques. L'obstétrique nous semble la première discipline à pouvoir bénéficier pleinement de ces recherches si nous identifions la douleur à un processus pathologique. Car spontanément, au cours de ce travail que nous voulions d'abord axé sur l'étude purement médicamenteuse, nous avons été amené à cette double constatation :

— Une analgésie médicamenteuse n'a que peu de valeur en soi ;

— Par contre, elle atteint la perfection lorsque, cessant de la considérer comme suffisante, on l'intègre à un ensemble comportant d'une part les explications et conseils que la femme attend et d'autre part la joyeuse atmosphère de la vie qui naît.

L'analgésie médicamenteuse n'est qu'un moyen physique mécaniste que la médecine se donne ; mais la perfection du résultat exige bien autre chose et fait appel aux dons de l'ordre social tout entier depuis le cadre même de la maison d'accouchement jusqu'à la valeur qu'il sait accorder à l'homme.

CONCLUSIONS

1. Nous rapportons trente observations personnelles d'analgésie potentialisée au cours du travail de l'accouchement. Nous avons utilisé comme analgésique le Dolosal, comme potentialisateur le Largactil, comme véhicule le sérum glucosé en gouttes à gouttes intra-veineux.

2. Nous avons habituellement associé l'analgésie potentialisée à la perfusion intra-veineuse d'extrait post-hypophysaire.

3. Nous avons contrôlé dans vingt-trois cas l'action des drogues sur l'utérus parturient à l'aide d'un dispositif d'hystérographie externe.

4. Bien que de valeur inégale, les résultats nous paraissent encourageants. Grâce à l'emploi du Largactil, des doses souvent très faibles de Dolosal ont pu permettre de bonnes analgésies.

5. Il ne semble pas que nos tentatives aient jamais eu d'inconvénients pour la mère ni pour l'enfant.

6. Au cours d'analgésie potentialisée, l'adjuvant d'un ocytocique est rarement indispensable. Mais l'association Dolosal-Largactil-Hypophyse en perfusion intra-veineuse présente un double intérêt :

a) pour corriger l'effet dépresseur éventuel de l'analgésie ;

b) pour atténuer les douleurs des contractions utérines au cours des perfusions hypophysaires, dont les indications se multiplient et se précisent.

7. Toute conclusion définitive sur l'analgésie potentialisée en obstétrique serait prématurée. Nous croyons trop à l'inocuité et à l'intérêt de notre méthode pour ne pas souhaiter que notre étude soit poursuivie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen
P. le Doyen :
L'Assesseur,
R. SIGALAS

Vu, le Président du Jury,
M. RIVIÈRE.

Vu et permis d'imprimer.
Bordeaux, le 20 Juillet 1953
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Barnes (J.). — Pethidine in labour. *Brit. Med. Journ.*, 1947, I., p. 437.

2. Beaton (D.). — Péthidine in labour. *Edinburg Med. Journ.*, 1948 55, p. 354.

3. Brustier, Guilhem, Bourbon, Bennet. — Contribution à l'étude de l'emploi des spectres d'absorption dans l'U.V. pour la recherche des substances chimiques dans le sang. Application à la recherche du Dolosal. *La Tunisie Méd.*, n° 8, 1951.

4. Decourt (A.). — De l'anesthésie potentialisée à l'hibernation artificielle. *Thèse Bordeaux*, 1953.

5. Guilhem (P.), Pontonnier (A.), Baux (R.), Bourbon (P.), Bennet — Les effets sur le nouveau-né de la péthidine employée comme antispasmodique obstétrical. *Gynéc. et Obst.* n° 2, 1953, p. 196.

6. Laborit (H.). — Les curares et curarisants vrais de synthèse. *Gynéc. et Obst.*, n° 3, 1947, p. 298.

7. Laborit (H.). — Réaction organique à l'agression et choc. (Masson), 1952.

8. Laborit (H.). — Sur l'emploi des ganglioplégiques en pathologie obstétricale. *Presse Méd.*, 2 nov. 1952.

9. Laborit et Huguenard. — Technique actuelle de l'hibernation artificielle. *Presse Méd.*, 25 oct. 1952.

10. Lacomme (M.), Laborit (H.), Le Lorier (G.), Pommier (M.). — Note sur un essai d'analgésie obstétricale potentialisée par association de Dolosal et de 4560 R.P. *Gynéc. et Obst.*, 4, n° 3 bis, 1952.

11. Lamaze, Vellay. — L'accouchement sans douleur par la méthode psycho-physique. *Gazette Méd. de France*, n° 23, 1952, p. 1445.

12. Mahon (R.). — L'analgésie au cours de l'accouchement. *Journal de Méd. de Bordeaux*, n° 2, 1953, p. 110.

13. Mahon (R.). — L'utérus parturient rachi-anesthésié. *Thèse Bordeaux*, 1930.

14. Pontonnier (A.), Ferrier (Y), Baux (R.). — Sur une nouvelle méthode d'association anesthésique-ocytocique. *Toulouse Méd.*, n° 2, 1947, p. 67.

15. Rastit. — *Revue Française de Gynéc.*, n° 9, 1944.

16. Varangot, Le Lorrier, Cote. — *Gynéc. et Obst.*, suppl. 1950, 2 n° 4.

17. Viardot. — *Thèse Paris*, 1937.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9
LE BUT DE NOTRE TRAVAIL 10
Explication du titre 10
Donner des faits 11
Conditions de l'analgésie 12
LES MOYENS EMPLOYES - LA METHODE D'ETUDE .. 13
Le Dolosal 13
Le Largactil 14
L'Hypophyse 16
Le dispositif 16
L'enregistrement graphique 17
OBSERVATIONS 21
Détail de 30 observations personnelles :
Primipares.
Multipares.
Cas particuliers.
LES ENSEIGNEMENTS : INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS 66
L'accouchement dirigé avec analgésie potentialisée .. 67
Analgésie de la 3e période du travail 68
Cas particuliers 69
Revue générale des résultats : 71
— au point de vue de la mère 72
— au point de vue de l'enfant 74
— au point de vue de l'accoucheur 76
Place des facteurs non-médicamenteux 77
CONCLUSIONS 78
BIBLIOGRAPHIE 80